

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)

Выпускная квалификационная работа на тему:
**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОНЛАЙН ПРОГРАММЫ
ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ**

По направлению подготовки 37.05.01 – Клиническая психология
Основная образовательная программа: Клиническая психология
Профиль: поведенческая психология здоровья

Рецензент
кандидат психологических наук,
заведующий отделом, Отдел медицинской
и социальной психологии,
Санкт-Петербургское государственное
бюджетное
учреждение здравоохранения
«Центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями»
Кольцова О.В.

Выполнила:
Студентка 6 курса
Очного отделения
Вохмянина Т.А. _____
Научный руководитель:
Кандидат социологических наук,
доцент Кафедры психологии
здоровья и отклоняющегося поведения
Скочилор Р.В. _____

Санкт-Петербург
2018

АННОТАЦИЯ

В данной работе представлено исследование оценки эффективности онлайн-программы, разработанной исследовательской группой под руководством декана факультета психологии Санкт-Петербургского университета, канд. психол. наук Шаболтас А.В. Разработка программы была поддержана грантом РГНФ «Комплексная дистантная программа профилактики социально-значимых заболеваний: психологические и медицинские основы разработки и оценки эффективности» (№15-06-10506). Разработка и апробирование программы было проведено в 2015-2017 г.г. Программа размещена на сайте www.vplus.psy.spbu.ru. Оценка потенциальной эффективности разработанной программы является важнейшим этапом ее апробирования, необходимого для предоставления данной программы к свободному использованию. Для анализа были использованы данные 49 участников онлайн-программы. По результатам исследования, наблюдается положительная динамика такого показателя как уровень знаний о жизни с ВИЧ-инфекцией, а также снижение такого показателя как количество половых контактов без использования презерватива. Таким образом, можно говорить о перспективности разработанной программы профилактики и ее потенциальной эффективности. Дальнейшие исследования могут быть направлены на дальнейшую доработку программы и полноценную оценку эффективности с помощью рандомизированного контролируемого исследования.

ABSTRACT

This paper presents a study of the evaluation of the effectiveness of an online program developed by a research group led by the Dean of the Faculty of Psychology at St. Petersburg University, Ph.D. psychol. Sciences Shaboltas A.V. The development of the program was supported by the grant of the RGF "Comprehensive Distance Program for the Prevention of Socially Significant Diseases: Psychological and Medical Basis for Development and Evaluation of Effectiveness" (No. 15-06-10506). The development and testing of the program was carried out in 2015-2017. The program is available on the website www.vplus.psy.spbu.ru. Evaluation of the potential effectiveness of the developed program is the most important stage of its testing, which is necessary to provide this program for free use. For the analysis, data from 49 participants of the online program were used. According to the results of the study, there is a positive dynamics of such indicator as the level of knowledge about life with HIV infection, as well as a decrease in such indicator as the number of sexual contacts without the use of a condom. Thus, we can talk about the prospects of the developed prevention program and its potential effectiveness. Further studies may be aimed at further refinement of the program and a full evaluation of efficacy through a randomized controlled trial.

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ.....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. Теоретические основы профилактики ВИЧ.....	11
1.1 Клинические и эпидемиологические характеристики ВИЧ-инфекции.....	11
1.2 Социальные и психологические характеристики людей, живущих с ВИЧ.....	16
1.3 Особенности профилактических вмешательств в группе людей, живущих с ВИЧ.....	23
1.4 Дистантные программы вторичной профилактики ВИЧ-инфекции.....	27
ГЛАВА 2. Методы и организация исследования.....	34
2.1 Процедура исследования.....	35
2.1.1 Разработка дистантной профилактической программы для людей, живущих с ВИЧ-инфекцией.....	35
2.1.2 Набор участников онлайн-исследования.....	40
2.2 Методы исследования.....	41
2.3 Математико-статистические методы обработки данных.....	45
ГЛАВА 3. Результаты и их обсуждение.....	46
3.1 Характеристики участников исследования.....	46
3.2 Результаты исследования.....	49
3.3 Обсуждение результатов исследования.....	57
ВЫВОДЫ.....	63
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	65

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	67
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	75
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	109

ВВЕДЕНИЕ

На данный момент эпидемия ВИЧ-инфекции представляет собой одну из наиболее значимых проблем здравоохранения в Российской Федерации (Воронин, Латышева, 2015). Государство прилагает значительные усилия для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции: создание сети специализированных медицинских учреждений, обеспечение ВИЧ-инфицированных бесплатной антиретровирусной терапией (АРВТ), бесплатное лечение. Вместе с тем, число инфицированных продолжает нарастать с каждым годом. На 01 июля 2017 года общее число случаев ВИЧ-инфекции среди граждан России составило 1 167 581 человек (в мире — 36,7 миллионов ВИЧ-инфицированных) (НИИЭМ им. Пастера, 2017). В Санкт-Петербурге на 01.01.2018 выявлено 55 694 случая ВИЧ-инфекции (Информационный бюллетень..., 2017).

Движущей силой эпидемии в нашей стране долгое время было инъекционное потребление наркотиков, однако, в 2010 году число вновь выявленных лиц, заразившихся посредством гетеросексуальных контактов, составляло уже 38,9%. На сегодняшний день эпидемия ВИЧ-инфекции распространилась за пределы наиболее поражённых «ядерных» групп в основную популяцию. (Левина, 2013). В настоящее время в России наблюдается преобладание доли полового пути инфицирования вирусом у впервые выявленных пациентов (в Санкт-Петербурге за первые 6 месяцев 2017 года - 76,6% случаев составил половой путь, 21,9% - парентеральный) (Информационный бюллетень..., 2017).

Заражение ВИЧ-инфекцией происходит в рамках той или иной формы поведенческой активности человека. В данном случае речь идет о рискованном поведении, которое повышает вероятность заражения ВИЧ. Группы людей, демонстрирующих те или иные паттерны рискованного

поведения, чрезвычайно разнообразны, к ним относятся: мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), люди, употребляющие наркотики путем инъекций, гетеросексуальные мужчины и женщины, люди, имеющие инфекции, передаваемые половым путем, подростки и т.д. (Шаболтас, 2012).

В многочисленных исследованиях выявлено, что одной из причин распространения заболевания является рискованное поведение людей, у которых уже есть диагноз ВИЧ-инфекция: рискованное сексуальное поведение, употребление инъекционных наркотиков и т.п. (Бартлетт, 2010). Так, например, исследование среди ВИЧ инфицированных жителей Санкт-Петербурга в 2011 году показало, что 16% нуждающихся отказались принимать назначенную им ВААРТ, более половины респондентов имели половые контакты с людьми с отрицательным либо неизвестным им ВИЧ статусом, при этом в 30% случаев эти контакты были незащищёнными (Левина, 2013). Таким образом, отрицание диагноза, отсутствие приверженности или низкая приверженность лечению могут наносить прямой вред здоровью человека и его партнеру. Наблюдение в рамках исследования характеристик заражения ВИЧ в дискордантных парах свидетельствует, что корректное применение ВААРТ снижает риск передачи вируса на 96% (Левина, 2013).

Группа ВИЧ-инфицированных является труднодоступной для программ профилактики рискованного поведения в связи с частым отказом от обращения в официальные учреждения, что может быть связано с различными причинами: нежелание раскрытия своего диагноза, страх стигматизации и дискриминации (Покровский, 2015). По данным Центра СПИДа в Санкт-Петербурге по состоянию на 01.07.2016 на диспансерном учете состоит 33911 человек, из них диспансерное обследование прошли 14459 (42,6%); антиретровирусную терапию получают 15454 человека – что составляет 89% от общего числа нуждающихся (Информационный

бюллетень «ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге по состоянию на 01.07.2016г.». В 2014 году территориальными центрами по борьбе со СПИД было сообщено о 89667 новых случаях ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации. (Покровский, 2015, Информационный бюллетень №40).

Использование Интернет-пространства может стать эффективным способом взаимодействия с ЛЖВ по причине анонимности обращения в эти программы и их доступности практически в любой точке страны. В России на данный момент не существует программ превенции ВИЧ-инфекции с использованием Интернет-технологий (Ураева и соавт., 2015).

Актуальность созданий Интернет-программы превенции во многом связана с вопросом информированности ЛЖВ о собственном заболевании, путях заражения и возможностях лечения. Установлено, что наряду с качественной и современной информацией в Интернет-пространстве распространены мифы о ВИЧ и его терапии – мнения о том, что ВИЧ не существует и вред людям наносит не заболевание, а лечение от него. Такие мнения и их обоснования распространяются т.н. ВИЧ-диссидентами – ЛЖВ, отрицающими у себя наличие диагноза и необходимость лечения. Ввиду этого видится необходимым создание в Интернете ресурса с качественной, современной и систематически изложенной информацией.

Разработка Интернет-программ превенции ВИЧ-инфекции представляет собой задачу, требующую для ее решения мультидисциплинарного подхода, так как проблема эпидемии ВИЧ затрагивает общество на различных уровнях. Учитывая то, что диагноз «ВИЧ-инфекция» сопровождается множеством социальных и психологических проблем, внутренних кризисов, стрессов, трудностей в межличностных отношениях, участие психологов в разработке этой программы видится необходимым.

Целью данной работы является оценка потенциальной эффективности профилактической онлайн-программы для людей, живущих с ВИЧ.

В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие *задачи* исследования:

1. Изучить социальные, психологические, поведенческие и другие характеристики людей, живущих с ВИЧ до и после прохождения профилактической онлайн-программы;
2. Провести сравнение выявленных характеристик до и после прохождения профилактической онлайн-программы;
3. Выявить факторы взаимосвязанные с динамикой показателей потенциальной эффективности после прохождения профилактической онлайн-программы;
4. Разработать рекомендации по совершенствованию и внедрению профилактической онлайн-программы.

Основные *гипотезы* исследования:

1. ВИЧ-положительные участники после прохождения профилактической онлайн-программы продемонстрируют снижение сексуального риска.
2. ВИЧ-положительные участники после прохождения профилактической онлайн-программы продемонстрируют положительную динамику такого показателя как знания о жизни с ВИЧ.

Дополнительные гипотезы исследования заключаются в том, что ВИЧ-положительные участники после прохождения профилактической онлайн-программы продемонстрируют положительную динамику таких показателей как: уровень воспринимаемого стресса, индекс субъективного психологического благополучия, уровень социальной поддержки, приверженность лечению и уровень внутренней стигматизации.

Объектом исследования является профилактическая онлайн-программа для людей, живущих с ВИЧ.

Предметом исследования является эффективность профилактической онлайн-программы для людей, живущих с ВИЧ.

В качестве *методов* исследования были выбраны следующие:

1. Социально-демографический опросник
2. Опросник оценки рискованного поведения
3. Опросник социальной поддержки (MOS Social Support Survey)
4. Индекс общего (хорошего) самочувствия/ВОЗ (The WHO-5 Well-BeingIndex)
5. Шкала знаний о жизни с ВИЧ
6. Шкала внутренней стигматизации в отношении ВИЧ
7. Шкала внутренней стигматизации в отношении наркопотребления
8. Шкала воспринимаемого стресса - 10 (Perceived Stress Scale-10, «PSS-10»)
9. Опросник AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Основные понятия: здоровье; социально значимые заболевания; психология здоровья; превенция; здоровьесберегающее поведение; ВИЧ/СПИД; люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ); АРВТ; превентивная программа; онлайн-программа превенции.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ

1.1 Клинические и эпидемиологические характеристики ВИЧ-инфекции.

ВИЧ-инфекция представляет собой медленно прогрессирующее заболевание, возникающее по причине попадания в организм человека вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), поражающего иммунные клетки, имеющие на поверхности специфические рецепторы, называемые CD4 (Беляков, Рахманова, 2013). На фоне угнетенного иммунитета происходит неконтролируемое размножение условно патогенных микроорганизмов, постоянно обитающих в организме человека, заболевания, легко протекающие у человека с нормальным иммунитетом могут переноситься крайне тяжело и с большими осложнениями, возможно возникновение тяжелых вторичных (оппортунистических) заболеваний – инфекционных болезней, грибков, доброкачественных и злокачественных опухолей (Покровский, 2010).

По официальным данным, заболевание, с клиникой соответствующей ВИЧ-инфекции было зарегистрировано в 1981 году. Вирус ВИЧ был открыт в 1983 году учеными по Франции и США независимо друг от друга. Эпидемия ВИЧ началась в 1970-1980 годах в Северной Африке, вскоре перекинулась на районы Южной Африки, Западной Европы и США. По данным на 2011 год, за все время эпидемии заболело 76,1 млн. человек, из них умерло 35 млн. На данный момент в мире зарегистрировано 36,7 млн. человек с ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2017). В глобальном масштабе эпидемия ВИЧ-инфекции стабилизировалась, хотя частота появления новых случаев и смертность от ВИЧ остаются высокими. В 2016 году число новых случаев заражения ВИЧ составило 1,8 (1,6–2,1) миллиона. В 2016 году число людей, умерших от сопутствующих СПИДу болезней, составило 1 (0,83–1,2) миллион. (ЮНЭЙДС, 2017).

В России первые случаи ВИЧ-инфекции были выявлены в 1980х годов (Ладная и соавт., 2008). Данные обо всех больных собираются Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИД, начиная с самого первого случая. По состоянию на 31 декабря 2016 года общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составило 1 114 815 человек (Роспотребнадзор, 2016). В первые годы эпидемии ВИЧ-инфекция выявлялась в основном у мужчин. До 1996 года основным фактором риска заражения ВИЧ являлись гомосексуальные половые контакты. Сегодня этот путь заражения уже не играет существенной роли.

По результатам эпидемиологического моделирования, стабилизация распространения вируса до 50 000 новых случаев в год может произойти при условии распространения инфекции в ограниченной группе, отсутствии изменения экономического положения в стране и низкой интенсивности миграционных процессов (Беляков, Рахманова, 2013). На сегодняшний момент в нашей стране ситуация обстоит иначе: распространение ВИЧ-инфекции набирает обороты уже в общей популяции (Шаболтас, 2015), а нестабильное экономическое положение и увеличение миграционных потоков (Суринов, 2017) еще более осложняет и так не простую эпидемиологическую ситуацию с ВИЧ-инфекцией.

ВИЧ и СПИД. Клиника протекания ВИЧ-инфекции условно разделяется на 5 стадий, включающих подстадии. Четвертая стадия обозначается понятием СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита). СПИД характеризуется выраженным снижением иммунитета, наличием вторичных заболеваний, поражением центральной нервной системы. При отсутствии лечения прогноз для заболевшего ВИЧ-инфекцией однозначно летальный – смерть наступает от вторичных заболеваний через 9-11 лет после заражения (Покровский, 2008).

В процессе исследования вируса были обнаружены его разновидности, названные ВИЧ-1 и ВИЧ-2. ВИЧ-1 распространен в России, Северной Америке и Западной Европе, ВИЧ-2 распространен преимущественно в Западной Африке. ВИЧ-1 вызывает СПИД в 98% случаев, ВИЧ-2 в 20% случаев (Беляков, Рахманова, 2013).

Инкубационный период при ВИЧ-инфекции начинается от момента инфицирования до появления острых симптомов заболевания или выработки антител. Инкубационный период составляет от 2-3 недель до 3-6 мес., в зависимости от состояния здоровья инфицированного и активности вируса. В острой стадии симптомами заболевания являются повышение температуры тела выше 37,5 °С, увеличение лимфатических узлов, фарингит, сыпь на лице, туловище и конечностях, боли в мышцах и суставах. Встречаются и другие симптомы. Острая ВИЧ-инфекция часто остается нераспознанной из-за сходства ее клиники с клиникой других распространенных инфекций. Острая ВИЧ-инфекция переходит в субклиническую стадию продолжительностью от 1 года до 8 лет, в некоторых случаях больше. Для этой стадии характерно увеличение лимфоузлов. Из-за снижения внешней симптоматики пациенты редко обращаются к врачам, а заболевание выявляется при случайном обследовании (Покровский, 2008).

Затем начинается симптоматическая хроническая стадия ВИЧ-инфекции, характеризующаяся размножением вируса и прогрессированием иммунодефицита. На этом фоне происходит развитие вторичных заболеваний – бактериальных и грибковых инфекций, заболеваний дыхательных путей, поверхностных поражений кожи. В клинической стадии изменения становятся более глубокими, заболевание не реагирует на стандартные методы лечения, развивается поражение внутренних органов (Покровский, 2008).

Прогностическими факторами прогрессирования ВИЧ-инфекции являются данные лабораторных исследований и клинические данные.

Наиболее важным из лабораторных исследований является измерение содержания вируса в крови (вирусная нагрузка). Это исследование является важнейшим прогностическим фактором, также оно отражает эффективность терапии. При снижении концентрации вируса в крови до уровня, при котором отмечается функциональное излечение, вирусная нагрузка становится неопределяемой. Вторым по важности исследованием является измерение концентрации иммунных клеток CD4. При снижении количества иммунных клеток на 7% риск прогрессирования ВИЧ увеличивается в 35 раз в сравнении с теми пациентами, у кого уровень CD4 стабилен. Уровень CD4 принципиален для назначения антиретровирусной терапии (АРВТ) и оценки тяжести заболевания (Воронин, Рахманова, 2013).

Существует несколько основных путей распространения вируса иммунодефицита человека: половой путь, парентеральный (использование инфицированного вирусом инъекционного оборудования), перинатальный (передача вируса от ВИЧ-инфицированной матери к младенцу во время беременности, родов или кормления грудью) (Шаболтас, 2012). ВИЧ-инфицированный является источником вируса на всех стадиях заболевания. После попадания вируса в организм человека процесс инфицирования может быть обратим в течение 12 часов. Это время необходимо вирусу для внедрения в ДНК. После попадания вируса в ДНК клетки процесс инфицирования является необратимым. В результате инфицирования происходит постепенное угнетение деятельности иммунной системы, в связи с чем организм человека постепенно лишается своей основной системы защиты. Следует отметить, что в воздушной среде ВИЧ может прожить несколько минут, поэтому ВИЧ не передается бытовым путем. Также ВИЧ разрушается при кипячении через 1 минуту. Быстро инактивируется этиловым спиртом, ацетоном и другими дезинфицирующими средствами (Беляков, Рахманова, 2013).

Способов вакцинации от ВИЧ на данный момент не существует. Способов полного клинического излечения от ВИЧ-инфекции также не существует, но возможно функциональное излечение (подавление активности вируса и лишение его возможности размножения), которое необходимо постоянно поддерживать с помощью высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). АРВТ в сочетании с постоянным медицинским наблюдением способно сохранить продолжительности жизни ВИЧ-инфицированного человека до 70-80 лет, значительно снизить риск передачи ВИЧ собственному ребенку или половому партнеру (ЮНЭЙДС, 2007).

Следует заметить, что методы антиретровирусной терапии (АРВТ) появились только в середине 90х годов. Первоначальные методы имели значительные побочные эффекты и тяжело переносились пациентами. Современные методы АРВТ появились в 2001-2002 годах. Таким образом, в период до середины 90х годов ВИЧ считался тяжелым неизлечимым заболеванием с однозначно летальным исходом. После появления современных методов АРВТ, подходящих для длительного использования и обладающих высокой эффективностью ВИЧ был переведен в разряд хронических заболеваний (Беляков, Рахманова, 2013).

ВААРТ представляет собой такой способ лечения ВИЧ-инфекции, при котором используется комбинированное лечение 3-4 препаратами (Покровский, 2008). Пациенту необходимо принимать эти препараты 2 раза в день. В настоящее время возможно назначение такой схемы лечения, при которой пациент принимает одну таблетку в день. Такая схема лечения может быть назначена при стабильном удовлетворительном клиническом состоянии пациента и отсутствием резистентности к препаратам в анамнезе. В целом, для того, чтобы препараты работали, пациенту необходимо строго соблюдать график приема доз, чтобы поддерживать постоянную терапевтическую концентрацию препарата в крови. Если пациент допускает

пропуски приема препаратов, то концентрация вируса и его способность к размножению повышается, но некоторая концентрация препарата в крови также сохраняется. В этом случае при взаимодействии препарата и вируса происходит мутация вируса и выработка его резистентности – нечувствительности к воздействию препарата. Учитывая то, что арсенал АРВ-препаратов на данный момент не слишком велик, при выработке резистентности на большинство препаратов пациент может остаться без возможностей терапии (Беляков, Рахманова, 2013). Таким образом, одной из основных задач медицинской помощи является поддержание высокой приверженности лечению у пациентов. При этом необходим учет как клинических, так и социальных, психологических характеристик людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ).

На основе представленных данных следует сделать о том, что ВИЧ-инфекция представляет собой опасное заболевание с летальным исходом (в отсутствие своевременного лечения), в силу высокой распространенности являющееся социально значимым. Распространение эпидемии ВИЧ продолжается в настоящее время в России и за рубежом. В связи с этим необходима работа как с людьми, которые относятся к уязвимым группам в плане инфицирования ВИЧ, так и с людьми, уже живущими с ВИЧ.

1.2 Социальные и психологические характеристики людей, живущих с ВИЧ

Социально-демографический портрет людей, живущих с ВИЧ в России неоднократно пересматривался. В исследовании 2014 года, проведенного Центральным НИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора были проанализированы амбулаторные карты и опросники 7 тыс. пациентов старше 18 лет, посетивших центры СПИД в 27 регионах России в 2014 году. Женщины составили 49% выборки, средний возраст женщин – 35,6 лет. Мужчины составили 51% выборки, средний возраст мужчин – 44,2 года.

Среди женщин 77,4 % заразились половым путем. Среди мужчин 57,4 % инфицировались парентерально (чаще всего, через внутривенное употребление наркотиков). Мужчины, практикующие секс с мужчинами составили 4,7% от числа всех мужчин, принявших участие в исследовании. 9,8% опрошенных отметили, что за последние 6 мес. употребляли наркотики внутривенно. У 38% женщин и 48% мужчин на тот момент был постоянный ВИЧ-негативный партнер. У 30% женщин были как минимум одни роды после установления диагноза ВИЧ-инфекция. Трудоустроены 68,8% участников исследования. По результатам социально-демографического исследования сделан вывод о том, что люди, живущие с ВИЧ в России и посещающие центры СПИД, по основным социальным и демографическим показателям не отличаются от граждан Российской Федерации того же возраста, не имеющих ВИЧ-инфекции. Они представляют собой экономически и социально активную часть населения, участвуют в демографических процессах, поэтому сохранение и улучшение их качества жизни является одной из приоритетных задач здравоохранения (Покровский, 2016).

Всего за весь период наблюдения у жителей Санкт-Петербурга было выявлено 55694 случая ВИЧ-инфекции (Информационный бюллетень..., 2017). Мужчины составляют 65% от общего числа ВИЧ-инфицированных, женщины – 35%. По итогам 2016 года среди новых выявленных случаев ВИЧ и пришедших в Центр СПИДа, половой путь передачи установлен в 64,8% случаев, инфицировались при употреблении наркотиков 33,9%, 1,3% составили дети, инфицированные от матерей во время беременности, в родах и при грудном вскармливании. В настоящее время среди всех случаев ВИЧ-инфекции 53% выявлено у людей от 18 до 29 лет, 30% - от 30 до 39 лет, 9% - 40-49 лет, 5% - у людей старше 50 лет, 2% - 15-17 лет, 1% составляют дети до 15 лет. Особенностью эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге является преобладание с 2014 года полового пути

инфицирования среди вновь выявленных лиц с ВИЧ-инфекцией и выходом эпидемического процесса из ключевых групп в социально-адаптированные слои населения. По итогам 2016 года среди новых выявленных случаев ВИЧ и пришедших в Центр СПИДа, половой путь передачи установлен в 64,8% случаев, инфицировались при употреблении наркотиков 33,9%, 1,3% составили дети, инфицированные от матерей во время беременности, в родах и при грудном вскармливании (Роспотребнадзор, 2017).

Несмотря на то, что носителем ВИЧ может стать социально благополучный человек, стигматизация данного заболевания и дискриминация его носителей сохраняется до сих пор (Шаболтас, 2012). Изначально стигматизация ВИЧ произошла по причине того, что наиболее частые случаи заражения были зафиксированы у людей, ведущих рискованный образ жизни – вступающих в многочисленные половые контакты, употребляющих наркотики внутривенно. В этих ситуациях риск передачи ВИЧ-инфекции наиболее высок. Таким образом, ВИЧ-инфекция в массовом сознании оказалась связанной с потребителями наркотиков, работниками коммерческого секса, мужчинами, практикующими секс с мужчинами (МСМ) – группами людей, ранее уже воспринимаемых в обществе как уязвимые (Акрам, 2005).

Суждение о ВИЧ как о заболевании исключительно уязвимых групп нельзя признать справедливым, так как человек, не принадлежащий к «традиционным» группам риска, может демонстрировать рискованное поведение в отношении ВИЧ.

Стигматизация ВИЧ во многом связана со страхами перед данным заболеванием, сохранившимся в тех времен, когда заражение ВИЧ было неконтролируемым, а лечение невозможным. Страх перед заболеванием может быть конкретизирован как страх заражения ВИЧ и сохраняется в связи с низкой информированностью населения о современном состоянии лечения заболевания, о социально-демографических характеристиках его носителей,

о способах передачи заболевания. На фоне этого происходит дискриминация носителей ВИЧ (Акрам, 2005). ВИЧ-инфицированному человеку может быть отказано в близком общении, как носителю опасного заболевания. Частый случай дискриминации – отказ в предоставлении рабочего места, несмотря на то, что рассматриваемое рабочее место не входит в список запрещенных для работы ВИЧ-инфицированных и даже не требует оформления медицинской книжки. ВИЧ-инфицированному может быть отказано в предоставлении места в общежитии, ребенку с данным диагнозом может быть отказано в посещении детского сада или школы без законных оснований. Следует отметить, что в ряде случаев ВИЧ-инфицированные отказываются от защиты своих законных прав по причине того, что боятся дальнейшей огласки своего диагноза и/или диагноза ребенка в ходе судебного процесса (Островский, 2006). Кроме того, стигматизация может оказаться серьезным барьером для обращения за помощью в официальные медицинские учреждения (Шаболтас, 2012). Таким образом, ВИЧ-инфицированный человек в большинстве случаев испытывает затруднения на социальном уровне: в получении рабочего места и профессиональной карьере, в создании семьи, в исполнении его законных прав, в т.ч. на медицинское обслуживание (Островский, 2006).

Внешняя стигматизация приводит как так называемой внутренней стигматизации. Сам ВИЧ-инфицированный начинает воспринимать себя как отверженного обществом, опасного для других людей, лишенного возможностей развития. Возникающая при этом социальная дезадаптация неизбежно связана с личностной, психологической дезадаптацией, риском возникновения психологических нарушений и нервно-психических расстройств (Александрова, 2010).

Клинико-психологическая картина ВИЧ-инфекции достаточно подробно изучена как в отечественной, так и в зарубежной науке. Сама по себе постановка диагноза «ВИЧ-инфекция» в ряде случаев является психотравматичным событием, так как вызывает переживание витальной

угрозы, страх перед социальным отвержением (Александрова, 2010). Нередко постановка данного диагноза переживается как разрушение картины мира, представлений о собственных жизненных перспективах, особенно в тех случаях, если ВИЧ-инфицированный ранее не имел проблем с наркотиками и в его окружении не было ВИЧ-инфицированных. Таким образом, сама по себе постановка диагноза «ВИЧ-инфекция» может способствовать возникновению временной психологической дезадаптации. Нередко – возникновению острой реакции на стресс и посттравматического стрессового расстройства (Александрова, 2010). Следует отметить, что в ряде случаев положительный ВИЧ-статус обнаруживается у женщин только в период беременности, т.к. анализ на ВИЧ-инфекцию является обязательной процедурой в перинатальном скрининге. В данном случае к стрессам, связанным с беременностью добавляется и стресс, связанный с постановкой тяжелого диагноза, страхами за будущее ребенка и супруга. Как показывает практика, женщины в таком случае переживают постановку диагноза «ВИЧ-инфекция» очень тяжело (Александрова, 2010).

Не вызывает сомнения наличие негативных последствий заражения ВИЧ для психического здоровья, социального благополучия и качества жизни. Среди них можно выделить депрессивные состояния, злоупотребление психоактивными веществами и т.д. Вопрос о раскрытии своего статуса является одним из самых трудных для ВИЧ-инфицированных в России из-за высокого уровня стигматизации и дискриминации (Balabanova Y. Et al., 2014). По результатам медицинских и психологических исследований у жизнь ВИЧ-инфицированных людей сопровождают выраженные переживания тревоги, эмоциональной угнетенности, при отсутствии социальных и личностных ресурсов способные приводить к аффективным, поведенческим расстройствам, различным зависимостям и как следствие – социальной дезадаптации (Александрова, 2010). За тяжелыми переживаниями ЛЖВ стоит не только описанный выше травматический

опыт, но и ощутимые трудности в трудоустройстве, получении медицинских услуг. По результатам исследований, для большинства ЛЖВ характерен страх перед раскрытием их заболевания другим людям. Наиболее глубокое переживание ЛЖВ – чувство вины. В особенности – перед своими детьми, в случае, если инфицирование произошло перинатальным путем и диагноз еще не раскрыт ребенку (Александрова, 2010).

По результатам исследований было выявлено, что значительное число ЛЖВ если не отказываются от медицинской помощи, то регулярно нарушают рекомендации врачей (Приверженность ВААРТ и рискованное поведение..., 2008; Воронин, Латышева, 2015). В первую очередь это касается приема ВААРТ. При назначении ВААРТ больному необходимо каждый день 1-2 раза принимать препараты, в некоторых случаях имеющие побочные эффекты. Пропуски приема препаратов нежелательны по причине риска развития резистентности вируса к препаратам, вследствие чего их придется менять. Продолжительные пропуски приема препаратов приводят к восстановлению концентрации вируса в крови и ухудшению показателей иммунитета, что катастрофически снижает эффективность лечения. По мнению большинства врачей, приверженность лечению является одной из основных проблем ВИЧ-медицины в России (Воронин, Латышева, 2015). Снижение эффективности лечения приводит не только к ухудшению состояния отдельных людей, но и сохранению риска передачи ВИЧ от них другим людям. Одной из причин сохранения эпидемии ВИЧ в России видится низкая приверженность лечению у ЛЖВ, сохранение большого числа людей, отказывающихся от медицинской помощи (Воронин, Латышева, 2015).

По результатам исследований было установлено, что низкая приверженность лечению чаще наблюдается у ЛЖВ с высокой тревожностью и депрессий, низкой самооценкой, нарушениями отношений в семье (Springer et al., 2012; Uthman et al., 2014). Таким образом, нарушение приверженности

является одним из компонентов социальной дезадаптации, возникающей на фоне эмоционально-психологических нарушений. Следует заметить и то, что психологическое состояние ЛЖВ нельзя признать безнадежным. На настоящий момент существуют ресурсы для социально-психологического сопровождения ЛЖВ. Такие услуги предоставляются и государственным учреждениями (Центрами СПИД), и СО НКО (социально ориентированными некоммерческими организациями), накоплен опыт индивидуальной и групповой психотерапии. Особо эффективным видом помощи оказалась работа равных консультантов – ЛЖВ, сохраняющих социальное благополучие, преодолевших психологические и социальные трудности, связанные с ВИЧ и в настоящее время выступающих, как консультанты, делящиеся своим опытом с людьми, только столкнувшимися с ВИЧ. Многие ВИЧ-инфицированные на данный момент имеют семьи и детей, трудовую занятость и удовлетворительные условия жизни. Их отличие от людей с ВИЧ-отрицательным статусом заключается в необходимости постоянного приема препаратов и регулярного посещения врача для взятия анализов и оценки состояния здоровья (Александрова, 2010).

Вместе с тем ЛЖВ не столь охотно обращаются за социально-психологической помощью. В ряде случаев это связано с нежеланием лишний раз раскрывать свой диагноз, говорить о нем. Также это связано со страхами за конфиденциальность личной информации. К тому же, в некоторых регионах социально-психологическое сопровождение мало доступно ЛЖВ и качество помощи не может обеспечить удовлетворительную эффективность интервенций (Ураева и соавт., 2015).

Таким образом, существует множество психосоциальных проблем, с которыми сталкиваются ВИЧ-положительные люди. Недостаток информации о ВИЧ-инфекции, отношение к ВИЧ-положительным людям, базирующееся на социальных стереотипах, порождают мифы и страхи в отношении данного заболевания и его носителей (Шаболтас, 2012). Учитывая все, сказанное

ранее о приверженности лечению и ее влиянии на эпидемию ВИЧ в России, адаптация ЛЖВ необходима не только для сохранения качества жизни у этой группы населения, но и является защитой интересов государства. На данный момент первостепенной целью является предотвращение роста эпидемии ВИЧ, поэтому наряду с адаптацией ЛЖВ необходима профилактика передачи вируса здоровым людям.

1.3 Особенности профилактических вмешательств в группе людей, живущих с ВИЧ

Профилактику принято подразделять на первичную, вторичную и третичную. Первичная профилактика направлена на предупреждение возникновения болезни, вторичная профилактика применяется уже при наличии заболевания для сдерживания темпа развития патологии и предотвращения ее осложнения. Третичная профилактика направлена на сохранение качества жизни и работоспособности больных, предотвращение инвалидности (Беляков, Рахманова, 2010).

В отношении ВИЧ-инфекции, первичной профилактикой называются действия, направленные на ограничение случаев ВИЧ с помощью целенаправленного воздействия на ряд факторов, увеличивающих риск заражения. На этом этапе проводится информирование населения о возможном риске заражения, ИФА-скрининг для выявления случаев инфицирования. Значительные усилия направлены на работу с молодежью. Взрослое население, находящееся по своим социально-бытовым характеристикам в зоне высокого риска заражения также является объектом различных профилактических программ (Беляков, Рахманова, 2010). Первичная профилактика является наиболее массовой, неспецифической, использующей преимущественно педагогические, психологические и социальные влияния. Ее контингентом является общая популяция детей, подростков и молодых людей. Первичная и вторичная профилактика связаны

между собой. Эта связь описана в работе американских ученых Horn, Sherwood, которые создали модель циклического процесса (Horn et al., 2016).

Вторичная профилактика представляет собой действия, направленные на снижение риска передачи вируса от инфицированных к здоровым людям. Данный этап профилактики осуществляется в основном за счет раннего выявления заболеваний и лечения с использованием ВААРТ. Специалисты уже добились значительных успехов в предупреждении передачи вируса от матери к ребенку. По данным исследований, ВААРТ позволяет снизить риск передачи ВИЧ в дискордантных парах (в которых один партнер является ВИЧ-инфицированным, а другой - нет) на 96% (Paterson et al., 2000; Marcellin et al., 2013).

Третичная профилактика представляет собой лечение и реабилитацию ВИЧ-инфицированных с целью улучшения качества и продолжительности жизни, создания условий для их успешного социального функционирования (Покровский, 2008). Кроме того, третичная профилактика способствует поддержанию у ВИЧ-инфицированного человека приверженности лечению. Активность больного в борьбе с заболеванием, осознание им собственной ответственности за свое здоровье - обязательное условие проведения третичной профилактики. Технологии третичной профилактики имеют целью формирование социально-поддерживающей и развивающей среды (социально-поддерживающие и терапевтические сообщества, локальные и территориальные программы, программы на рабочих местах и т.д.).

Поведенческие программы вторичной профилактики ВИЧ-инфекции используются за рубежом начиная с 1990х годов. Как правило, они направлены на улучшение психологического благополучия ЛЖВ, используют преимущественно когнитивно-поведенческие техники для обучения участников способам совладания со стрессом, навыкам решения проблем (Boewn, Horvath, 2007). По результатам оценки эффективности этих

программ доказана их роль в уменьшении депрессивных симптомов и симптомов тревоги, снижение уровня переживаемого стресса (Crepaz, Passin, 2006). Важнейшим компонентом этих программ признано обучение навыкам когнитивного реструктурирования и управления стрессом (Brown, Venable, 2008). На фоне использования программ отмечается повышение социального функционирования участников, стабилизация их психологической адаптации. В связи с этим уровень рискованного поведения участников снижается. Вместе с этим снижается риск передачи ВИЧ-инфекции (ЮНЭЙДС, 2007).

Важной мишенью вторичной профилактики является также рискованное сексуальное поведение. Klein с соавторами в своей статье описывают предварительные результаты программы укрепления сексуального здоровья чернокожих MSM. В интервенцию входила двухчасовая беседа со специалистами или просмотр печатных материалов о сексуальном здоровье. Результаты их исследования показали, что реальные беседы повышают вероятность использования презервативов в MSM сообществах. Авторы также говорят о необходимости использования более широкого спектра профилактических мероприятий (Klein et al., 2017).

На данный момент нельзя недооценивать актуальность вторичной профилактики для предотвращения роста эпидемии ВИЧ. Задачи первичной и вторичной профилактики ВИЧ достаточно близки, так как заражение в большинстве случаев происходит от человека к человеку. Вторичная профилактика при этом в значительной степени направлена на ВИЧ-инфицированных. Зачастую именно рискованное поведение самих ЛЖВ, их отказ от лечения и медицинского наблюдения во многих случаях является причиной возникновения новых случаев заражения.

Значимость вторичной профилактики признается очевидной многими специалистами. Вместе с тем, практическая сторона такой работы по-

прежнему сопряжена с множеством индивидуально-психологических, культурных, социальных, экономических и политических барьеров. В настоящее время профилактическая и реабилитационная работа с ВИЧ-инфицированными ведется в соответствующих профильных учреждениях, чаще всего – в центрах СПИД. Учитывая то, что вторичная профилактика во многом направлена на предотвращение отказа от медицинской помощи и работу с теми ЛЖВ, которые от этой помощи систематически отказываются, проведение вторичной профилактики в самих государственных медицинских учреждениях не обладает значительной эффективностью. По результатам опросов, ЛЖВ отказываются от участия в профилактических и реабилитационных мероприятиях по причине нежелания лишней раз говорить о своем диагнозе, в т.ч. по причине страха его разглашения. Другая причина – территориальная недоступность центров СПИД особенно в малонаселенных регионах (ЮНЭЙДС, 2009).

Программы вторичной профилактики ВИЧ в России направлены преимущественно на потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) (Беляков, Рахманова, 2013; Ураева и соавт., 2015). ПИН представляют собой ядерную группу распространения ВИЧ с России – в ней наиболее высока интенсивность передачи ВИЧ от одного ПИН к другому, затем ВИЧ распространяется в другие социальные группы (Беляков, Рахманова, 2013). Публикаций об оценке таких программ на российской выборке сравнительно мало. Известные данные оценки программы, включавшей индивидуальный кейс-менеджмент для ПИН, показавшей высокую эффективность в формировании готовности к лечению и приверженности АРВТ среди наркопотребителей (Shaboltas et al., 2013). В связи с этим видится необходимым как разработка программ вторичной профилактики ВИЧ в России, так и проведение оценки этих программ, также и уже существующих.

1.4 Дистантные программы вторичной профилактики ВИЧ-инфекции

На данный момент накоплен большой опыт работы через дистантные программы обучения с различными группами людей, имеющими необходимость в социальном сопровождении. Имеются данные о использовании дистантных программ с онкологическими больными, больными сахарным диабетом, хроническими инфекционными заболеваниями и т.п. Преимущественно, эти программы реализуются за рубежом (Чулкова, Блинов, 2002; Аметов, 2012).

Дистантные программы удобны как для пользователей, так и для организаторов этих программ. Пользователи получают возможность работать в удобное для них время и территориально находясь в удобном для них месте. Компьютерный интерфейс предоставляет возможности для наглядной подачи материала, дает возможность пользователю снова возвращаться к необходимому материалу. Форумы, прикрепленные к программе дают возможность общения по изучаемым и прочим темам. Так, например, в своем исследовании Muessing с соавторами продемонстрировали перспективу расширения вмешательств в области профилактики ВИЧ и ЗППП среди MSM в Китае. В рамках исследования были проведены интервью и онлайн-опрос на двух популярных сайтах, которыми пользуются MSM. В результате авторы выяснили, что интернет является основным источником информации о ВИЧ и ИППП в данном сообществе, помогает преодолевать барьеры, связанные с профилактикой и лечением ВИЧ (Muessing et al., 2015). Для осуществления профилактических мероприятий на Гавайях также широко используются интернет технологии, радио, приложения для смартфонов и компьютеров. Такое «электронное здравоохранение» обеспечивает доступную медицинскую помощь даже на расстоянии и включает в себя онлайн-консультации с врачами (видео-порталы), онлайн программы медицинского образования, чаты, в которых человек может быстро связаться

с медсестрой или врачом, использование электронной почты для общения со специалистами и описания симптомов. В отношении профилактики ВИЧ-инфекции проводятся различные веб-мероприятия в области сексуального здоровья с целью снизить риск передачи вируса среди MSM. В этой области также существуют интернет – приложения, которые содействуют регулярному тестированию на ВИЧ, помогают поддерживать приверженность ВААРТ, социальные сети, повышающие осведомленность о ВИЧ и т.д. (Sophus et al., 2018).

Учитывая высокую эффективность средств массовой информацией и доступа к Интернету у значительной части населения России, использование дистантных онлайн-программ может решить и вопросы, связанные с конфиденциальностью участников, и вопросы, связанные с территориальной доступностью к программе.

Организаторы дистантных программ получают доступ к тем данным, которые оставляют пользователи. При анонимности обращения, это могут быть возраст, социальное положение, место проживания, стаж болезни или употребления наркотиков и т.п. Полученные данные могут быть использованы как для социологической и эпидемиологической статистики, для научно-исследовательских работ, так и для оценки эффективности дистантных программ, для разработки новых направлений работы. Таким образом, дистантные онлайн-программы обладают значительным научно-прикладным потенциалом.

Вместе с тем, разработка дистантных программ так же требует научной организации. Необходимо понимать потребности целевой группы не только для того, чтобы дать им необходимую информацию, но и для составления плана подачи им этой информации. Характеристики целевой группы необходимо знать и для того, чтобы оценить необходимую

продолжительность всей программы и отдельных блоков, видеть необходимость акцентировать ту или иную информацию.

По мнению специалистов, для достижения наибольшей возможной эффективности в обеспечении радикальных и устойчивых изменений, необходима научная обоснованность разработки и использования онлайн-программ, что подразумевает знание социально-психологических характеристик реципиентов, возможных путей и способов воздействия на них. Таким образом, видится высоко актуальным научно-психологический подход к разработке, использованию и оценке результатов профилактических дистантных онлайн-программ (Ураева и соавт., 2015).

Эффективность программ вторичной профилактики ВИЧ для снижения риска передачи ВИЧ прямо подтверждена в ряде зарубежных исследований (Boewn, 2007; Crepaz, Lyles, 2006; Sullivan et al., 2017). Мета-анализ подтверждает эффективность в снижении частоты незащищенных половых контактов, количества половых партнеров, вместе с этим – заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (Boewn, 2007). В мета-анализе использованы результаты интенсивных и продолжительных онлайн-программ. Подтверждена и описанная выше роль сопутствующей психологической помощи в снижении риска передачи ВИЧ (Crepaz, 2006).

Mustanski с соавторами провели исследование для создания интерактивного онлайн-проекта (Keep it up!) по профилактике ВИЧ при поддержке гранта Национального института Здоровья. Онлайн-проект основан на модели IMB (Information-Motivation-Behavioral-Skills) и ориентирован на молодых MSM, имеющих отрицательный ВИЧ статус. Целью данного проекта является продвижение научных знаний о профилактике ВИЧ на основе интернет технологий. Созданная интернет программа включает в себя 7 модулей, на которых представлены видео, анимация, игры и интерактивные упражнения, направленные на получение знаний о ВИЧ, мотивацию к менее рискованному поведению в отношении

заражения ВИЧ, получение поведенческих навыков. Участие в проекте сопровождается тестированием на ВИЧ и ИППП через 3, 6 и 12 месяцев. Оценка эффективности проекта будет проводиться по количеству ИППП через 12 месяцев и количеству незащищенных половых контактов во всех контрольных точках. Также авторы ожидают изменение по таким показателям как употребление ПАВ перед половым контактом, вероятность вступления в половую связь после употребления ПАВ, знания о ВИЧ и т.д. Инновационный аспект данного проекта заключается в том, что программа полностью адаптирована к аудитории, каждый модуль содержит ситуации, с которыми сталкиваются молодые MSM – в этом ее основное отличие от традиционных проектов по профилактике ВИЧ. Кроме того, важным моментом является включение в онлайн-проект тестирования на ИППП, так как ИППП являются важными факторами риска при передаче ВИЧ. Таким образом, использование интернета играет важную роль в обеспечении доступной профилактики для молодых MSM, так как позволяет разработать экономически эффективное и простое в использовании вмешательство, которое будет привлекать и мотивировать участников, воздействовать на их рискованное поведение (Mustanski et al., 2017)

Существует и ряд программ, направленных на повышение приверженности лечению среди ЛЖВ (Fisher, Smith, 2010). Как указывалось ранее, низкая приверженность является одним из определяющих факторов риска передачи ВИЧ. Работа с приверженностью лечению, таким образом, является стратегической при вторичной профилактике. Вместе с тем, результаты оценки эффективности продемонстрировали противоречивые данные о работе таких программ, незначительное влияние поведенческих программ на изменение приверженности. На данный момент внимание разработчиков социальных программ направлено на использование мобильных приложений и специализированных медиа-рассылок для работы с приверженностью. Можно предположить также, что приверженность связана

не только с характеристиками поведения ЛЖВ, корректируемых в ходе поведенческих дистантных программ, но связана с отношениями с медицинскими учреждениями, предоставляющими терапию ВИЧ. В этом случае требуются иные методы работы, в которые были бы включены и работники медицинских учреждений.

Дистантные программы вторичной профилактики ВИЧ в ряде случаев являются онлайн-адаптацией успешных офлайн-программ (Ураева и соавт., 2015). Программы используют формы видеороликов, текстовых и голосовых предъявлений, включают в себя тесты и форумы для общения участников друг с другом. Программы для детей и подростков могут быть построены виде онлайн-игры. Программы как правило включают в себя несколько частей, проводятся с учетом индивидуальных потребностей участников, с учетом оценки их актуального уровня риска, знаний и состояния. Программы включают в себя тренировку навыков, для которой используются ролевые модели и обратная связь об успешности обучения.

Исследователи относят к специфическим трудностям проведения дистантных онлайн-программ сложность набора участников и их удержания в работе, возможный риск раскрытия конфиденциальности (Ураева и соавт., 2015). В связи с этим возникают задачи информирования потенциальных участников онлайн-средствами, через центры СПИД и социальные фонды, работающие с ЛЖВ. Одной из особенностей являются затруднения межличностного общения участников программы. В ходе офлайн-программ одним из факторов эффективности являлось общение участников между собой, их обмен опытом и взаимные ролевые модели. Онлайн-программы частично могут компенсировать воздействие этого факторы через использование чатов, форумов и блогов.

Онлайн-программы вторичной профилактики мало распространены как в России, так и за рубежом. Больше внимание зарубежных разработчиков оказалось направлено на первичную профилактику. В силу специфики

эпидемиологической ситуации, в Европе основной целевой группой таких программ являются мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ) (Boewin, 2007). Ряд программ направлен на повышение приверженности лечению. Достаточно много программ направлены на психологическую помощь ЛЖВ. Свою эффективность доказали программы, направленные на управление симптомами (депрессия, тревога, психосоматические симптомы). По результатам оценки эффективности дистантные онлайн-программы сходны по эффективности с традиционными очными программами (Webb, 2010). Дистантные программы оказывают влияние на сексуальное поведение участников – частоты использования презервативов, уменьшение числа половых партнеров. Эффективность программ сказалась даже на частоте выявления заболеваний, передающихся половым путем (Webb, 2010). Knight с соавторами провели систематический обзор статей, в которых были описаны результаты онлайн интервенций с целью профилактики передачи ВИЧ и ИППП. Все исследования рассматривали МСМ, мужчин с бисексуальной ориентацией, транссексуалов. Эффективность интервенции оценивались в поведенческих показателях (например, использование презервативов). Из 17 исследований все, кроме одного, сообщили о статистически значимом влиянии онлайн интервенции на первичные результаты. Однако авторы указывают на недостаточную оценку эффективности данных онлайн вмешательств (Knight et al., 2017).

По результатам обзора литературы по программам вторичной профилактики и дистантным онлайн-программам вторичной профилактики можно сделать вывод о том, что дистантные программы представляют собой перспективной направление социально-психологической работы. На данный момент они немногочисленные, но уже доказывают свою эффективность и способны в ряде случаев заменять более трудоемкие и сложные в проведении очные программы. На данный момент в российских источниках отсутствуют

публикации, описывающие опыт разработки, реализации и оценки таких программ. Учитывая необходимость вторичной профилактики ВИЧ в России и эпидемиологическую специфику распространения ВИЧ в России (отличия от Европы и США – преобладание среди ВИЧ-инфицированных ПИН и тенденция к распространению через гетеросексуальные контакты), разработка таких программ для российских участников видится высоко актуальной.

ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью данной работы является оценка потенциальной эффективности профилактической онлайн-программы для людей, живущих с ВИЧ.

В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие *задачи* исследования:

1. Изучить социальные, психологические, поведенческие и другие характеристики людей, живущих с ВИЧ до и после прохождения профилактической онлайн-программы;
2. Провести сравнение выявленных характеристик до и после прохождения профилактической онлайн-программы;
3. Выявить факторы взаимосвязанные с динамикой показателей потенциальной эффективности после прохождения профилактической онлайн-программы;
4. Разработать рекомендации по совершенствованию и внедрению профилактической онлайн-программы.

Основные *гипотезы* исследования:

1. ВИЧ-положительные участники после прохождения профилактической онлайн-программы продемонстрируют снижение сексуального риска.
2. ВИЧ-положительные участники после прохождения профилактической онлайн-программы продемонстрируют положительную динамику такого показателя как знания о жизни с ВИЧ.

Дополнительные гипотезы исследования заключаются в том, что ВИЧ-положительные участники после прохождения профилактической онлайн-программы продемонстрируют положительную динамику таких показателей как: уровень воспринимаемого стресса, индекс субъективного психологического благополучия, уровень социальной поддержки, приверженность лечению и уровень внутренней стигматизации.

Объектом исследования является профилактическая онлайн-программа для людей, живущих с ВИЧ.

Предметом исследования является эффективность профилактической онлайн-программы для людей, живущих с ВИЧ.

2.1 Процедура исследования

2.1.1 Разработка дистантной профилактической программы для людей, живущих с ВИЧ – инфекцией.

Разработка дистантной онлайн-программы вторичной профилактики ВИЧ-инфекции для русскоязычных пользователей было инициировано коллективом авторов при поддержке гранта РГНФ «Комплексная дистантная программа профилактики социально-значимых заболеваний: психологические и медицинские основы разработки и оценка эффективности» (№15-06-10506), реализуемого в 2015-2017 годах.

Предварительно была проведена исследовательская работа для обоснования актуальности разработки данной программы, для обобщения опыта зарубежных коллег в проведении дистантных программ, обобщения опыта зарубежных и российских коллег в проведении программ вторичной профилактики ВИЧ. На этой основе было разработано содержание программы, план по ее апробации и реализации. В ходе анализа литературы было выявлено большое количество иностранных источников по разработке и оценке эффективности дистантных программ вторичной профилактики (Ураева и соавт., 2015). В то же время российских исследований по данной теме обнаружено не было. Опубликованные данные свидетельствуют об актуальности использования дистантных онлайн-программ вторичной профилактики, подтвержденной эффективности этих программ – влиянии их прохождения на ряд параметров, характеризующих образ жизни и социально-

психологическое состояние ЛЖВ. По результатам работы с литературными источниками было сформулировано содержание программы исследования.

Для того, чтобы оценить интересы и потребности целевой группы, построить программу в соответствии с ними были проведены глубинные интервью с ЛЖВ и специалистами, работающими с этой группой населения. На первом этапе исследования в программе приняли участие 12 ЛЖВ, 9 врачей-инфекционистов, специализирующихся в области работы с ВИЧ, 6 психологов и 5 специалистов помогающих профессий, работающих с ЛЖВ.

В ходе данного этапа с участниками-экспертами были обсуждены следующие темы: информация о ВИЧ-инфекции, принятие диагноза, раскрытие ВИЧ-статуса, сексуальные отношения, стигматизация и дискриминация, отношение к здоровью, употребление наркотиков, особенности организации онлайн-программы. На основе полученных данных был сделан вывод о том, что существует потребность в Интернет-ресурсе, где проверенная современная информация была бы представлена систематизирована и далее разработана содержательная часть программы.

Было решено сделать программу предназначенной для индивидуального использования, состоящей из нескольких онлайн-сессий. Каждая онлайн-сессия посвящена определенной теме. В онлайн-программу вошли следующие разделы, представленные в фиксированной последовательности: знания о жизни ВИЧ/СПИД; принятие диагноза; сексуальные отношения; правовые вопросы; приверженность лечению; употребление наркотиков (дополнительный раздел); образ жизни. Дополнительный раздел предназначен только для тех участников, которые при прохождении первичного опросника сообщили об опыте употребления наркотиков.

Первый раздел «Знания о жизни с ВИЧ/СПИД» содержит в себе тест для определения уровня знаний и информационный блок с правильными ответами и пояснениями к ним. Тест содержит в себе вопросы по следующим

темам: жизнь с ВИЧ, пути передачи и риск заражения ВИЧ-инфекцией, приверженность ВААРТ, беременность и ВИЧ, СПИД-диссидентство, постановка на учет в Центр СПИДа.

Следующий раздел программы «Принятие диагноза» посвящен стрессам в жизни ЛЖВ, вопросам раскрытия ВИЧ-статуса и стигматизации. Стигматизация, и, вслед за ней, самостигматизация затрудняют адаптацию ЛЖВ в обществе. Некоторые ЛЖВ отказываются принимать диагноз, затем отказываются от АРВ-терапии, что значительно повышает риски для их здоровья и создает угрозу передачи ВИЧ от них другим лицам. В данный раздел были включены видео-истории, рассказанные реальными ЛЖВ разных возрастов и из разных социальных групп, чтобы продемонстрировать участникам программы, что уровень качества жизни ЛЖВ мало чем уступает уровню качества жизни людей без ВИЧ.

Раздел «Сексуальные отношения» содержал информацию по предотвращению передачи ВИЧ другому лицу, показана связь этой темы и необходимости регулярного приема АРВ-терапии, снижающей риск передачи ВИЧ при половом контакте, рассмотрен вопрос использования презервативов и беременности. В данный раздел также включены видео ролики со специалистами в области ВИЧ/СПИД и с личными историями ЛЖВ.

Раздел «Правовые вопросы» посвящен стигматизации и дискриминации. Проблема дискриминации тесно связана с юридическими аспектами жизни с ВИЧ. Пользователи программы могут найти в этом разделе информацию об организациях, в которые можно обратиться при нарушении прав.

Следующий раздел касается вопросов приверженности лечению. Информация в этом разделе объясняет реальную необходимость для ЛЖВ находиться под диспансерным наблюдением и выполнять рекомендации

врача. Также пользователи могут познакомиться с личными историями ЛЖВ об опыте приема ВААРТ.

Следующий раздел посвящен отношению к здоровью и употреблению наркотиков. В онлайн-программе обсуждается возможное взаимодействие АРВ-терапии и наркотических препаратов, риски и последствия употребления наркотиков при ВААРТ.

Последний раздел «Образ жизни» раскрывает связь образа жизни человека с его здоровьем, содержит информацию о полезных привычках, помогающих поддерживать здоровье.

На следующем этапе проведена первичная апробация программы. В ходе данного этапа в работе приняли участие 10 ЛЖВ. Респондентам было предложено пройти онлайн программу и оценена доступность представленной информации и удобство пользования программой. После прохождения онлайн программы с участниками были проведены интервью. Полученная информация была использована для коррекции программы.

Доработанная программа была размещена на сайте www.vplus.psy.spbu.ru, доступном с любого компьютера, подключенного к сети Интернет.

Процедура прохождения программы включает в себя несколько важных моментов. Когда участник заходит на сайт в первый раз – на главной странице он может ознакомиться с кратким описанием программы, понять, на что направлена интервенция. Для регистрации в программе, участнику необходимо ознакомиться и принять информированное согласие (Приложение 2). Перед началом интервенции участник заполняет онлайн-анкету и получает подарок, после чего он может пройти все части интервенции. Если участник не заполнил анкету полностью через 2 дня после регистрации, ему приходит уведомление на почтовый адрес с напоминанием о продолжении анкетирования. После прохождения каждого их разделов, участник подтверждает это, поставив отметку внизу страницы «Я

ознакомился со всеми материалами этой части программы, которые были мне предоставлены на данной веб-странице». Если участник не поставил отметку о прохождении последней части программы, через 7 дней после заполнения опросника ему приходит e-mail уведомление с напоминанием продолжить участие, повторные напоминания приходят через 14, 21 и 28 дней. Через месяц и в третий раз – через два месяца после полного прохождения программы участнику приходит уведомление на электронную почту с напоминанием о необходимости повторно заполнить онлайн-анкету и получить подарок. Если участник заполняет второй и третий опросники не полностью, то ему также приходят уведомления о необходимости это сделать (через неделю и через две недели после уведомления о необходимости повторно пройти опросник). После каждого заполнения анкеты на электронный адрес участника в течении двух рабочих дней высылался номер карты Webmoney на сумму 500 рублей, которую участник мог использовать для покупок в интернете или для оплаты своего мобильного телефона. Схема прохождения онлайн-программы представлена на рисунке 1.

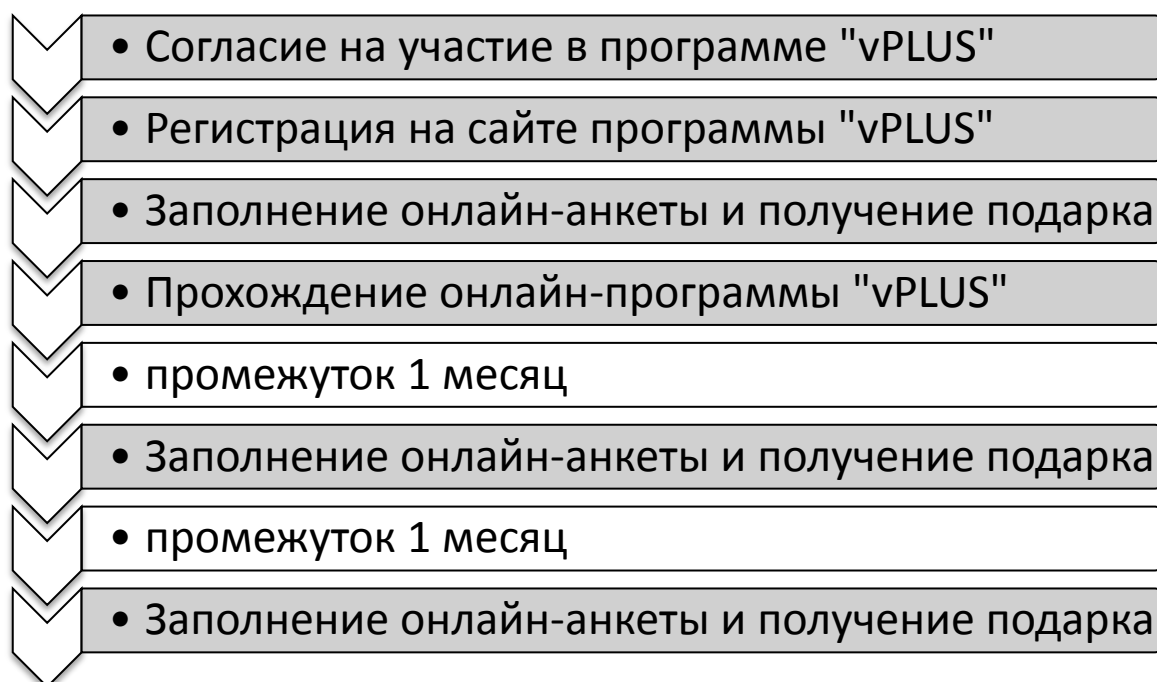


Рисунок 1. Схема прохождения онлайн-программы

2.1.2 Набор участников онлайн-исследования

Для участия в исследовании рекрутировались посетители специально созданного сайта с профилактической онлайн-программой для людей, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ). Первичный скрининг для участия в исследовании прошёл 154 участник. Критерии включения в исследование предполагали: возраст старше 18 лет, ВИЧ-положительный диагноз. Информация о возможности принять участие в исследовании распространялась через городской Центр СПИД, различные помогающие организации, оказывающие услуги людям, живущим с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ), а также через социальную сеть VK и форму обратной связи на сайте с программой превенции. Таким образом, получив информацию от сотрудников СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» зарегистрировалось 11 участников, сотрудников НП «Е.В.А.» – 22 участника, сотрудников СПб БОФМСП «Гуманитарное действие» – 7 участников, через группу в социальной сети VK – 51 участник, и через форму обратной связи 63 участника. Из 154 зарегистрированных участников полностью опросник на первом срезе (до прохождения программы) заполнили 145 участников (9 участников были исключены из исследования, так как не заполнили опросник полностью). Саму онлайн-программу превенции полностью прошел 101 участник. Через месяц и через два месяца после прохождения программы участникам с помощью электронных писем-напоминаний предлагалось заполнить повторно опросник. Опросник на втором срезе заполнили 75 участников, но 27 из них были исключены из-за предоставления ложной информации. Опросник на третьем срезе полностью заполнили 45 участников. В дипломной работе были использованы данные на 49 участников, у которых есть как минимум 2 визита, то есть они заполнили опросник полностью на 1 и 2 или на 1 и 3 срезе.

2.2 Методы исследования

2.2.1 Социально-демографический опросник и опросник оценки рискованного поведения

Первый блок вопросов данного опросника, касался выяснения социально-демографических характеристик респондента, таких как возраст, пол, уровень образования, семейное положение, профессиональная занятость. Второй и третий блок был посвящён вопросам здоровья и жизни с ВИЧ/СПИД. Четвёртый и пятый блок включал в себя вопросы о табакокурении, наркопотреблении и сексуальном поведении. Данный опросник был сконструирован на основе опросников ранее использовавшихся исследовательской группой (Shaboltas et al., 2006, Kozlov et al., 2016, Chaffin et al., 2016, Hoffman et al., 2013, Shaboltas et al., 2013, Fedorova et al., 2013, Abdala et al., 2012). Бланки данных опросников представлены в Приложении 1 вопросы 1-8 блока 1, вопросы 1-5 блока 2, вопросы 1-13 блока 3, вопросы 1-2, 4-12 блока 4, вопросы 1-11 блока 5, вопрос 17 блока 9.

2.2.2 Опросник социальной поддержки

Опросник социальной поддержки (MOS Social Support Survey) был разработан Sherbourne и Stewart (Sherbourne & Stewart, 1991). Опросник включает в себя 20 вопросов, которые описывают разнообразные характеристики социальной поддержки: Эмоциональную, информационную, практическую поддержку, любовь и симпатию, позитивные социальные взаимодействия. Психометрические показатели оригинальной англоязычной версии шкалы были изучены на выборке из 2987 человек, шкала была признана пригодной для использования в исследованиях. Коэффициент α Кронбаха для общей шкалы был равен 0,97, для шкалы “Эмоциональная/информационная поддержка” – 0,96, “Практическая

поддержка” – 0,92, “Любовь и симпатия” – 0,94, “Позитивные социальные взаимодействия” – 0,91, что свидетельствует о высокой внутренней согласованности (Sherbourne & Stewart, 1991). Методика является свободно распространяемой для применения в исследовательских целях. При переводе шкалы с английского языка на русский была соблюдена процедура прямого и обратного перевода. На нашей выборке коэффициент α Кронбаха для шкалы в целом равнялся 0,91, что свидетельствует о высокой внутренней согласованности. Для шкалы “Эмоциональная/информационная поддержка” – 0,7, “Практическая поддержка” – 0,75, “Любовь и симпатия” – 0,73, “Позитивные социальные взаимодействия” – 0,76. Бланк методики представлен в Приложении 1 вопросы 1-20 блока 6.2.

2.2.3 Индекс общего (хорошего) самочувствия ВОЗ-5

Индекс общего (хорошего) самочувствия ВОЗ (ВОЗ-5) был разработан Всемирной организацией здравоохранения для оценки субъективного психологического благополучия индивида по следующим параметрам: чувство радости и хорошего расположения духа, чувство спокойствия и расслабленности, чувство собственной активности и энергичности, чувство свежести и бодрости при пробуждении, чувство заинтересованности в повседневных делах (Vech, 2004). Опросник включает в себя 5 вопросов. Период оценки – предшествующие две недели. Русская версия опросника разработана ВОЗ и находится в свободном доступе¹. Бланк методики представлен в Приложении 1 вопросы 1-5 блока 6.1.

2.2.4 Шкала знаний о жизни с ВИЧ

Опросник «Знания о жизни с ВИЧ», был специально разработан для онлайн-программы, на основе данных полученных из глубинных интервью,

¹сайт методики ВОЗ-5: https://www.psychiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Russian.pdf

собранных на предыдущем, качественном этапе данного исследования (Ураева, 2017). Опросник включает в себя 16 вопросов, которые раскрывают следующие аспекты: информация о ВИЧ-инфекции, сексуальные отношения, приверженность к лечению, раскрытие ВИЧ-статуса, употребление наркотиков. Коэффициент α Кронбаха для данной шкалы был равен 0,73, что свидетельствует о внутренней согласованности на приемлемом уровне. Бланк методики представлен в Приложении 1 вопросы 1-16 блока 9.

2.2.5 Шкала внутренней стигматизации в отношении ВИЧ

Шкала была создана на основе HIV Stigma Scale (Berger, 2001). Оригинальная англоязычная шкала была создана для измерения стигмы в отношении людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). В шкале выделено четыре субшкалы: персонифицированная стигма, трудности с раскрытием статуса, негативное самовосприятие, беспокойство об отношении общества к ЛЖВ. Коэффициент α Кронбаха для субшкалы «негативное самовосприятие» был равен 0,91, что свидетельствует о высокой внутренней согласованности (Berger, 2001). Для данного исследования были использованы 13 вопросов составляющую субшкалу «негативное самовосприятие». При переводе шкалы с английского языка на русский была соблюдена процедура прямого и обратного перевода. На нашей выборке коэффициент α Кронбаха для шкалы в целом равнялся 0,91, что свидетельствует о высокой внутренней согласованности. Бланк методики представлен в Приложении 1, вопросы 14.2-14.39 блока 3.

2.2.6 Шкала внутренней стигматизации в отношении наркопотребления

Шкала была создана на основе субшкалы «негативное самовосприятие» из HIV Stigma Scale (Berger, 2001). За основу шкалы внутренней стигматизации в отношении наркопотребления была взята шкала внутренней стигматизации в отношении ВИЧ (при переводе которой с английского языка

на русский была соблюдена процедура прямого и обратного перевода), при этом формулировки о ВИЧ-инфекции были изменены на формулировки о наркопотреблении. На нашей выборке коэффициент α Кронбаха для этой шкалы в целом равнялся 0,76, что свидетельствует о внутренней согласованности на приемлемом уровне. Бланк методики представлен в Приложении 1 вопросы 13.2-13.39 блока 4.

2.2.7 Шкала воспринимаемого стресса

Шкала воспринимаемого стресса была разработана SheldonCohen (Cohen, 1983). Она является инструментом для измерения восприятия стресса, она показывает степень стрессовости ситуации (насколько жизнь является непредсказуемой и неконтролируемой). Вопросы данной шкалы относятся к чувствам и мыслям, которые человек испытывал в течение последнего месяца. Коэффициент α Кронбаха для этой шкалы был равен 0,85. При переводе шкалы с английского языка на русский была соблюдена процедура прямого и обратного перевода. На нашей выборке коэффициент α Кронбаха для шкалы в целом равнялся 0,77, что свидетельствует о внутренней согласованности на приемлемом уровне. Бланк методики представлен в Приложении 1 вопросы 1-10 блока 5.

2.2.8 МетодикаAUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test)

Методика «AUDIT» была разработана Всемирной Организацией Здравоохранения в 2001 году, переведена на русский язык и адаптирована Т.Н. Балашовой в 2005 году. Данная методика является общепринятым скрининговым методом изучения алкогольного поведения. «AUDIT» состоит из 10 вопросов из 3 областей: количество и частота употребления алкоголя, симптомы зависимости и другие проблемы, связанные с алкоголем. Возможное максимальное количество баллов – 40. Индикатором чрезмерного или рискованного потребления алкоголя, представляющего опасность или

вред для здоровья, является порог в 8 и более баллов, 16-19 баллов - опасное употребление алкоголя и употребление алкоголя с вредными последствиями, 20 баллов и выше - высокая вероятность наличия синдрома алкогольной зависимости (Babor T. Et al, 2001). Бланк методики «AUDIT» представлен в Приложении 1 вопросы 3.1-3.10 блока 4.

2.3 Математико-статистические методы обработки данных

Полученные данные были проанализированы с использованием стандартных методов математической статистики с помощью компьютерной программы «SPSS Statistics».

Математико-статистическая обработка данных включала: первичные описательные статистики (мода, медиана, среднее), одновыборочный критерий Колмогорова – Смирнова для проверки нормальности распределения, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с повторными измерениями, t-критерий Стьюдента для зависимых выборок, множественный регрессионный анализ (Наследов, 2007).

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Характеристики участников исследования

Выборку исследования составили 49 человек в возрасте от 24 до 47 лет, средний возраст 34,4 год (стандартное отклонение – 4,8 лет). Из них 20 мужчин и 29 женщин.

В исследуемой выборке изучались такие социально-демографические характеристики, как уровень образования, семейное положение, наличие детей, профессиональная занятость, уровень дохода. Высшего образования не имеют 65% выборки. Меньше половины опрошенных состоят в браке(41%), у 43% есть дети. 100% участников исследования состоит на диспансерном учете в Центре СПИД. Кроме того, 4 участника указали, что употребляли наркотики внутривенно в течение последнего месяца, при этом все из них принимают ВААРТ. В среднем у всех участников был 1 половой партнер за последний месяц (Медиана 1, Среднее 0,90; Среднекв.отклонение 0,77; Мин 0; Макс 4). Изученные социально-демографические характеристики выборки представлены в Таблице 1.

Таблица 1. Характеристики участников исследования

Характеристики		Количество участников
Пол	М	20
	Ж	29
Уровень образования	Неоконченное средне	1
	Среднее (аттестат об окончании средней школы)	14
	Среднее специальное (диплом техникума или колледжа)	13
	Неоконченное высшее	4
	Высшее (диплом бакалавра, специалиста,	17

Характеристики		Количество участников
	магистра)	
Семейное положение	Холост/не замужем	16
	Гражданский брак	13
	Женат/замужем	18
	Состоит в браке, но проживает отдельно от супруга/супруги	2
Дети	Есть	21
	Нет	28
Профессиональная занятость	Полное рабочее время (30 часов в неделю и более)	32
	Частичная занятость (менее 30 часов в неделю)	6
	Безработный	6
	Другое	5
Средний ежемесячный доход за последние 3 месяца	менее 10 000 рублей	4
	10 001 – 20 000 рублей	11
	20 001 – 30 000 рублей	14
	30 001 – 50 000 рублей	14
	Больше чем 50 001 рублей	4
	Отказ от ответа	2
Оценка своего здоровья	Хорошее	17
	Удовлетворительное	25
	Плохое	6
Ставили ли Вам когда-либо диагноз гепатит В	Да	13
	Нет	34
Ставили ли Вам когда-либо диагноз гепатит С	Да	31
	Нет	17
Ставили ли Вам когда-либо диагноз	Да	6
	Нет	41

Характеристики		Количество участников
туберкулез		
Болели ли Вы за последний год ИППП, такими как сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомониаз и др.	Да	4
	Нет	44
Когда впервые была обнаружена ВИЧ-инфекция	От 1 до 3 месяцев назад	1
	От 6 до 12 месяцев назад	3
	От 1 года до 2 лет назад	2
	От 2 до 5 лет назад	14
	От 5 до 10 лет назад	7
	Более 10 лет назад	22
Посещение врача инфекциониста	Реже, чем раз в год	2
	Ежегодно	4
	Раз в шесть месяцев	3
	Раз в три месяца	18
	Чаще, чем раз в три месяца	22
Прием ВААРТ в настоящее время	Да	41
	Нет	7
	Принимал, но сейчас не принимаю	1
Наличие постоянного полового партнера	Да	37
	Нет	12
ВИЧ-статус постоянного партнера	ВИЧ-позитивный	28
	ВИЧ-негативный	9
Попытки зачать	Да	7

Характеристики		Количество участников
ребенка в течение последнего месяца	Нет	30
Использование презерватива при последнем половом контакте	Да	17
	Нет	32

3.2 Результаты исследования

Анализ полученных данных производился методом дисперсионного анализа ANOVA с повторными измерениями, который применяется для сравнения средних значений нескольких градаций фактора, измеренного на одной выборке в метрической шкале. При отклонении нулевой гипотезы проводились множественные сравнения средних значений с использованием критерия t-Стьюдента для зависимых выборок, позволяющие сделать вывод о том, различаются ли друг от друга средние значения на разных этапах измерения (до интервенции, через месяц после прохождения интервенции, и через два месяца после прохождения интервенции). Решение принималось на 5 % уровне значимости. Для обработки данных использовалось программное обеспечение SPSS Statistics (version 23.0).

Сравнение количества половых контактов без использования презерватива, которое измерялось до интервенции (срез 1), через месяц и через два месяца после интервенции (соответственно, срезы 2 и 3), выявило значимые различия (рисунок 2). Тест сферичности Моучли показал статистически значимый результат ($p < 0,003$), соответственно допущение о сферичности ковариационно-дисперсионной матрицы неверно и следует применить эpsilon-коррекцию. Так как значение эpsilon $> 0,75$, то значимость модели с поправкой Хуня-Фельдта (Girden, 1992) находится о

высоком уровне статистической значимости [$F(1,691; 79,464) = 6,115$, $p < 0,003$]. Так как нулевая гипотеза отклонена нами были проведены множественные сравнения средних значений по данному показателю. С помощью t-критерия Стьюдента для зависимых выборок были обнаружены значимые различия между первым (Среднее 4,245, Среднекв.отклонение 6,1999, Мин 0, Макс 22) и вторым (Среднее 2,604, Среднекв.отклонение 5,3544, Мин 0, Макс 30) срезами ($p < 0,007$), а также между первым и третьим (Среднее 2,917, Среднекв.отклонение 5,5461, Мин 0, Макс 25) срезами ($p < 0,013$). Также стоит отметить, что различий между вторым и третьим срезами не обнаружено ($p < 0,43$), что может говорить о стабильности сохраняющегося эффекта интервенции.

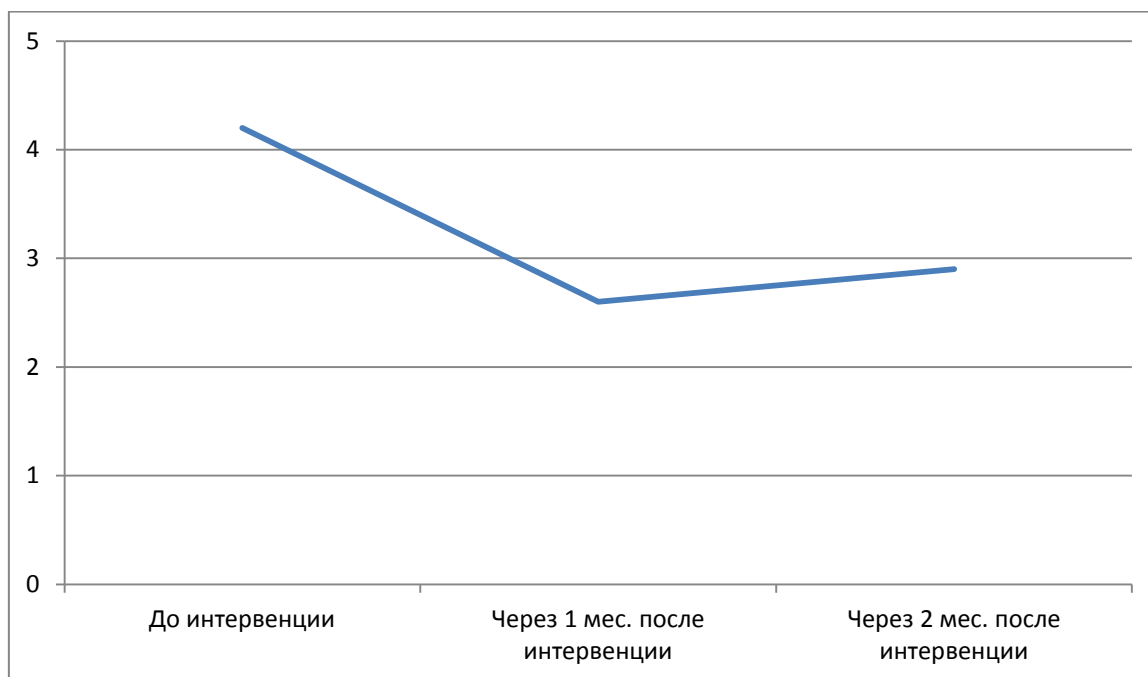


Рисунок 2. Изменение среднего количества половых контактов без использования презервативов

Сравнение количества обращений за помощью к специалистам по ВИЧ-инфекции (врачи-инфекционисты, психологи, другие специалисты) за последний месяц выявило значимые различия (уровень значимости модели с поправкой Грингауза – Гайссера $p < 0,026$). С помощью t-критерия Стьюдента

для зависимых выборок были обнаружены значимые различия между первым и вторым срезами ($p < 0,014$), а также между первым и третьим срезами ($p < 0,019$). Также стоит отметить, что различий между вторым и третьим срезами не обнаружено ($p < 0,86$).

Таблица 2. Показатели по количеству обращений за помощью к специалистам по ВИЧ-инфекции (психолог, врач-инфекционист и т.д.)

	N	Минимум м	Максимум м	Среднее	Среднекв.от клонение
До интервенции	49	,0	20,0	1,750	3,1656
Через 1 мес. после интервенции	44	,0	10,0	1,000	1,6282
Через 2 мес. после интервенции	44	,0	10,0	,977	1,6546

При сравнении показателей по шкале внутренней стигматизации в отношении ВИЧ различий между измерениями не обнаружено [$F(1,659; 69,682) = 0,5$, $p < 0,574$]. Таблица с описательными статистиками позволяет увидеть, что средний уровень стигматизации примерно равен на всех трех замерах.

Таблица 3. Показатели по шкале внутренней стигматизации в отношении ВИЧ на 1, 2 и 3 срезе

	N	Минимум м	Максимум м	Среднее	Среднекв.от клонение
До интервенции	49	14,0	48,0	26,490	8,7634
Через 1 мес. после интервенции	47	13,0	52,0	25,872	7,4297
Через 2 мес. после интервенции	45	13,0	52,0	25,422	8,0524

Сравнение среднего количества дней, когда респондент пропускал прием АРВ терапии также не выявило различий между замерами [$F(1,334; 46,68) = 0,064$, $p < 0,868$].

Таблица 4. Показатели по количеству дней, когда участник пропускал прием АРВ терапии

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Среднекв.отклонение
До интервенции	41	,0	5,0	,634	,9939
Через 1 мес. после интервенции	47	,0	7,0	,596	1,3131
Через 2 мес. после интервенции	45	,0	7,0	,600	1,4365

При сравнении показателей по методике AUDIT, различий между замерами не обнаружено [$F(2; 84) = 0,610$, $p < 0,546$].

Таблица 5. Показатели по методике AUDIT

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Среднекв.отклонение
До интервенции	49	,0	28,0	4,653	6,4438
Через 1 мес. после интервенции	47	,0	21,0	4,298	6,0538
Через 2 мес. после интервенции	45	,0	23,0	4,467	5,8799

Сравнение среднего количества раз, когда респондент обсуждал со своим партнером необходимость использования презервативов не выявило различий между замерами [$F(1,567; 64,227) = 0,683$, $p < 0,474$].

Таблица 6. Показатели по числу обсуждений с партнером необходимости использования презервативов

	N	Минимум	Максимум	Среднее	Среднекв.отклонение
До интервенции	49	,0	10,0	1,163	2,6875
Через 1 мес. после интервенции	47	,0	10,0	,809	2,3279
Через 2 мес. после интервенции	44	,0	25,0	1,250	4,2433

При сравнении показателей по шкале воспринимаемого стресса не выявлено значимых различий между замерами [$F(1,954; 80,127) = 1,089$, $p < 0,340$].

Таблица 7. Показатели по шкале воспринимаемого стресса

	N	Минимум м	Максимум м	Среднее	Среднекв.от клонение
До интервенции	49	16,0	44,0	27,857	5,9266
Через 1 мес. после интервенции	47	10,0	40,0	26,255	6,5557
Через 2 мес. после интервенции	44	13,0	48,0	26,682	6,2199

Сравнение показателей по шкале общего (хорошего) самочувствия также не выявило значимых различий между замерами [$F(1,884; 77,248) = 0,043$, $p < 0,951$].

Таблица 8. Показатели по индексу общего самочувствия

	N	Минимум м	Максимум м	Среднее	Среднекв.от клонение
До интервенции	49	4,0	100,0	55,592	21,2641
Через 1 мес. после интервенции	47	20,0	100,0	56,000	20,9347
Через 2 мес. после интервенции	44	16,0	80,0	53,818	19,6425

Сравнение показателей по шкале социальной поддержки не обнаружило значимых различий между замерами [$F(1,816; 74,463) = 1,000$, $p < 0,366$].

Таблица 9. Показатели по шкале социальной поддержки

	N	Минимум м	Максимум м	Среднее	Среднекв.от клонение
До интервенции	49	9,0	100,0	68,796	27,2113
Через 1 мес. после интервенции	47	14,0	100,0	69,383	24,7944
Через 2 мес. после интервенции	44	20,0	100,0	70,614	25,3883

Сравнение показателей по шкале знаний о ВИЧ выявило значимые различия. Тест сферичности Моучли показал статистически значимый результат ($p < 0,010$), соответственно, значимость модели с поправкой Хуня-Фельдта (Girden, 1992) находится о высоком уровне статистической значимости [$F(1,659; 68,019) = 18,052, p < 0,000$]. Так как нулевая гипотеза отклонена нами были проведены множественные сравнения средних значений по данному показателю. С помощью t-критерия Стьюдента для зависимых выборок были обнаружены значимые различия между первым (Среднее 13,082, Среднеквадратическое отклонение 1,7658, Мин 9, Макс 16) и вторым (Среднее 14,383, Среднеквадратическое отклонение 1,3602, Мин 11, Макс 16) срезами ($p < 0,000$), а также между первым и третьим (Среднее 14,614, Среднеквадратическое отклонение 1,3677, Мин 12, Макс 16) срезами ($p < 0,00$). Также стоит отметить, что различий между вторым и третьим срезами не обнаружено ($p < 0,175$), что может говорить о стабильности сохраняющегося эффекта интервенции. Изменение среднего показателя по шкале знаний о ВИЧ-инфекции представлено на рисунке 3.

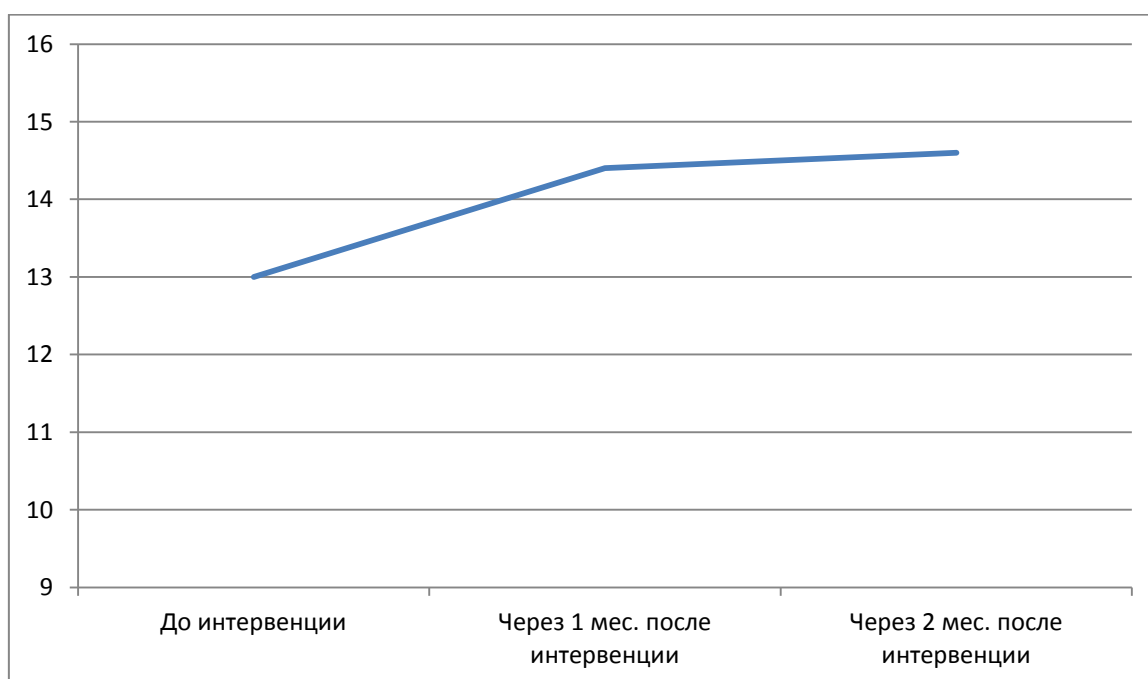


Рисунок 3. Средние показатели по шкале знаний о ВИЧ

Сравнение среднего количества выкуранных сигарет не выявило значимых различий [$F(2; 80) = 0,168, p < 0,846$].

Таблица 10. Показатели среднего количества выкуранных сигарет

Описательные статистики					
	N	Минимум м	Максимум м	Среднее	Среднекв.от клонение
До интервенции	48	,0	35,0	7,500	9,1860
Через 1 мес. после интервенции	47	,0	40,0	8,149	10,9405
Через 2 мес. после интервенции	44	,0	99,0	9,932	17,4121

Для проверки гипотез о взаимосвязи изучаемых переменных с прохождением профилактической онлайн программы было сделано предположение о значимости времени, которое участники провели в самой программе. По данным посещения сайта участниками программы было вычислено количество проведенного ими времени на страницах с интервенцией (таб. 10). Данные показатели были использованы нами для дальнейшего построения моделей в качестве независимой переменной. Проверка производилась методом множественного регрессионного анализа (линейная регрессия, логистическая регрессия), который применяется для изучения взаимосвязи одной переменной и нескольких других. Линейная регрессия использовалась, если зависимая переменная была представлена в количественной шкале, логистическая регрессия использовалась при дихотомической зависимой переменной. Решение принималось на 5 % уровне значимости.

Таблица 11. Общее время, проведенное в программе участниками на сайте профилактической программы

	Среднее	Медиана	Минимум	Максимум	Стд.отклонение
Общее время (мин.)	13,7	4,0	0,0	141,0	27,7

При исследовании влияния времени прохождения программы на количество обращений за помощью к специалистам по ВИЧ-инфекции (врачи-инфекционисты, психологи и т.д.), была построена модель, в которой в качестве зависимой переменной выступал показатель по количеству обращений за помощью на срезе 2, независимой переменной выступал показатель количества времени, проведенного участником в программе в минутах. Модель была построена с учетом базового показателя по данной переменной интереса (показатель на срезе 1). При исследовании влияния времени прохождения программы на количество обращений за помощью к специалистам по ВИЧ-инфекции, значимых различий не было обнаружено (коэффициент $\beta = -,146$; $p <,112$).

При исследовании влияния времени на количество дней, когда участник пропускал прием АРВ терапии, значимых различий не было обнаружено (коэффициент $\beta = -,124$; $p <,451$).

При исследовании влияния времени на показатель по шкале внутренней стигматизации в отношении ВИЧ, значимых различий не было обнаружено (коэффициент $\beta = ,121$; $p <,284$).

При исследовании влияния времени на показатель по опроснику AUDIT, значимых различий не было обнаружено (коэффициент $\beta = -,014$; $p <,864$).

При исследовании влияния времени на количество незащищенных половых контактов, значимых различий не было обнаружено (коэффициент $\beta = ,064$; $p <,527$).

При исследовании влияния времени на количество раз, когда участник обсуждал со своим партнером необходимость использования презервативов, значимых различий не было обнаружено (коэффициент $\beta = -,056$; $p <,665$).

При исследовании влияния времени на показатель по шкале воспринимаемого стресса, значимых различий не было обнаружено (коэффициент $\beta = ,064$; $p < ,640$).

При исследовании влияния времени на показатель по индексу общего самочувствия, значимых различий не было обнаружено (коэффициент $\beta = ,035$; $p < ,792$).

При исследовании влияния времени на показатель по шкале социальной поддержки, значимых различий не было обнаружено (коэффициент $\beta = -,068$; $p < ,526$).

При исследовании влияния времени на показатель по шкале внутренней стигматизации в отношении ВИЧ, значимых различий не было обнаружено (коэффициент $\beta = ,121$; $p < ,284$).

При исследовании влияния времени на среднее количество выкуренных сигарет, значимых различий не было обнаружено (коэффициент $\beta = ,021$; $p < ,789$).

При исследовании влияния времени на использование презерватива при последнем половом контакте, значимых различий не было обнаружено (коэффициент $\beta = -0,108$; $p < ,890$).

3.3 Обсуждение результатов исследования

Анализ результатов проведенного исследования позволяет сформировать предположение о потенциальной эффективности онлайн-программы для людей, живущих с ВИЧ.

Для оценки эффективности был проведен сравнительный анализ следующих характеристик до и после прохождения программы: количество

раз когда участник обращался за помощью к специалистам по ВИЧ-инфекции (врачи-инфекционисты, психологи и т.д.), количество дней когда участник пропускал прием АРВ терапии, употребление алкоголя, наркотиков, курение, количество половых контактов без использования презерватива, количество раз когда участник обсуждал со своим партнером необходимость использования презервативов, использование презерватива при последнем половом контакте, воспринимаемый стресс, социальная поддержка, внутренняя стигматизация в отношении ВИЧ, внутренняя стигматизация в отношении употребления наркотиков, знания о жизни с ВИЧ.

По результатам статистического анализа можно говорить об изменении некоторых показателей участников после прохождения онлайн-программы. Статистически достоверные различия были выявлены для таких показателей как: среднее количество половых контактов без использования презерватива, количество обращений к специалистам по ВИЧ-инфекции (врачи – инфекционисты, психологи и т.д.), шкала знаний о ВИЧ-инфекции.

Полученные данные позволяют говорить об уменьшении среднего количества половых контактов без использования презерватива и увеличении показателя по шкале знаний о жизни с ВИЧ. В данных блоках программы подробно раскрывались вопросы, связанные с сексуальным поведением. Эти вопросы тесно связаны с такими темами как рождение детей, дискордантные пары и возможность заражения своего полового партнера, реинфицирование. Эти темы могли быть актуальны для участников в момент прохождения программы, следовательно, по этому показателю изменения были наиболее видны. Стоит отметить, что большая часть участников имеет постоянного полового партнера (37 участников программы), 28 из них являются ВИЧ-положительными.

Участников, данные которых использовались для анализа результатов можно охарактеризовать как выборку людей, которая достаточно хорошо

адаптирована к жизни с ВИЧ. Такой вывод можно сделать исходя из рассмотрения социально–демографических характеристик участников выборки. Согласно полученным данным, около половины участников узнали о наличии у себя ВИЧ-инфекции более 10 лет назад (45% участников); 1 раз в 3 месяца или чаще посещают врача – инфекциониста 81,6% участников; 65% работают на постоянной основе полное рабочее время (30 часов в неделю и более), при этом 69% участников получают более 20 тысяч рублей в месяц. Эти данные могут говорить о том, что участники хорошо информированы о проблемах, связанных с ВИЧ-инфекцией, прошли этапы принятия и адаптации к диагнозу, имеют достаточный уровень социально-экономического благополучия, соответственно характеризуются меньшим уровнем стресса и возможно более высоким уровнем психологического благополучия по сравнению с теми, кто недавно получил диагноз (Шаболтас, 2015). Кроме того, данные, полученные по опроснику социальной поддержки и шкале воспринимаемого стресса близки к данным, полученным по этим же шкалам на общей популяции (Sherbourne & Stewart, 1991; Cohen, 1983). Можно предположить, что участники, которые хорошо информированы в данной теме, могли не так много времени уделять программе. Кроме того, этим можно объяснить результат, который получился при сравнении среднего количества обращений за помощью к специалистам по ВИЧ-инфекции. Большинство участников часто посещали врача-инфекциониста и до участия в программе, в связи с этим, полученный результат в виде уменьшения среднего количества обращений за помощью к специалистам по ВИЧ, мог быть случайным.

Следует также отметить, что статистически достоверных результатов для таких показателей как: количество дней, когда участник пропускал прием АРВ терапии, употребление алкоголя, наркотиков, курение, количество раз, когда участник обсуждал со своим партнером необходимость использования презервативов, использование презерватива при последнем половом

контакте, воспринимаемый стресс, социальная поддержка, внутренняя стигматизация в отношении ВИЧ, внутренняя стигматизация в отношении употребления наркотиков - не было обнаружено. Можно предположить, что отсутствие статистически достоверных различий по этим переменным связано со временем, которое участники провели в онлайн-программе. В среднем это время составило 13 минут, что может являться недостаточным для полного и подробного ознакомления с материалами сайта и достижения ожидаемых результатов. Кроме того, отсутствие изменений в изучаемых показателях могло быть связано с тем, что измерения проводились с коротким промежутком времени (1 месяц), и интервенция не успела оказать существенное воздействие на вышеперечисленные показатели. Важно также отметить, что участники с меньшим стажем жизни с ВИЧ, которые могли бы продемонстрировать улучшение по измеряемым показателям, просто не успели поучаствовать в программе, так как набор был ограничен и наиболее активно включённые в данную проблематику ЛЖВ раньше всех узнали о такой возможности.

Также стоит упомянуть, что не все набранные участники прошли программу до конца, что в свою очередь тоже могло сказаться на результате. Поощрение, получаемое участниками, могло также сыграть свою роль. Возможно, участники программы были больше заинтересованы в нем, чем в самой программе, что в свою очередь отразилось на результатах. В то же время, результат прохождения программы наиболее виден на том блоке, где не было возможности быстро перейти на следующий этап – это видно в изменении показателя по знаниям о жизни ВИЧ.

Кроме того, ограничением данного исследования является тот факт, что на изучаемые показатели могли влиять другие третьи переменные, которые не были учтены при проведении исследования. К таким переменным можно отнести изменения в состоянии здоровья, влияние ближайшего окружения, значимые события жизни и т.д.

Разработанная программа является первой в России онлайн-программой вторичной профилактики для людей, живущих с ВИЧ. Спецификой данной программы является тот факт, что она рассчитана на общую популяцию ЛЖВ, в то время как зарубежные программы в большинстве своем рассчитаны на уязвимые группы (молодые MSM и т.д.). Кроме того, важно отметить, что зарубежные онлайн-программы в основном направлены на первичную профилактику и на повышение приверженности лечению. Данные полученные в ходе проведенного исследования подтверждают результаты зарубежных коллег о том, что дистантные программы оказывают влияние на сексуальное поведение участников.

Для достижения большего результата от данного Интернет ресурса необходимо не только привлекать, но удерживать участников на сайте. Возможно, небольшое время нахождения на сайте могло быть связано мотивацией участников на получение поощрения или же с потерей мотивации на дальнейшее участие в программе вследствие долгого заполнения опросников. Довольно сложно оценить конкретные поведенческие результаты, однако можно говорить о большом потенциале созданной программы в качестве информационного ресурса, на котором участники могут получить необходимую и полезную для них информацию, познакомиться с личными историями и это послужит фактором, который определит дальнейшие изменения в их поведении. Также, эффективность может быть связана с продолжительностью онлайн-программы.

Полученные данные могут быть использованы для разработки новых направлений работы в области вторичной профилактики, для выявления новых факторов эффективности. Использование Интернет пространства может решить вопросы, связанные с конфиденциальностью участников и вопросы, связанные с территориальной удаленностью от мест помощи.

Таким образом, можно говорить о потенциале созданной программы и необходимости ее продвижения в сети Интернет, привлечения новых участников. Программа является эффективным средством повышения осведомленности об особенностях жизни с ВИЧ-инфекцией.

Выводы

1) Участников онлайн-программы можно охарактеризовать как выборку людей, достаточно хорошо адаптированных к жизни с ВИЧ. Также, набранная выборка характеризуется достаточным уровнем социально – экономического благополучия, низким уровнем стресса, высокими показателями по социальной поддержке, и соответствует средним значениям, полученным на общей выборке.

2) При сравнении выявленных характеристик до и после прохождения профилактической онлайн-программы выявлено уменьшение количества половых контактов без использования презерватива, повышение показателя по шкале знаний о ВИЧ. Такой результат может объясняться тем, что эти блоки программы требовали к себе большего внимания со стороны участников, а также тем, что информация, которую участники получали на данных блоках, тесно связана с темами, которые могли быть наиболее актуальны для набранных участников на момент прохождения программы.

3) Время проведённое на сайте с профилактической программой было рассмотрено в качестве фактора, взаимосвязанного с динамикой показателей потенциальной эффективности прохождения профилактической онлайн-программы. Среднее время, проведенное участниками в программе, является недостаточным для полного и подробного ознакомления с материалами сайта. Кроме того, фактором, взаимосвязанным с динамикой показателей, можно считать время жизни с ВИЧ. Участники, которые давно узнали о наличии у себя ВИЧ-инфекции, изначально обладают высокими показателями по изучаемым переменным, соответственно выраженного эффекта в результате интервенции могло не быть. Также стоит отметить тот факт, что достаточно большое количество участников не прошли профилактическую программу и/или её исследовательскую часть полностью,

соответственно их данные были исключены из анализа. Для дипломного исследования использовались данные только 49 участников, что ограничило набор возможных для применения статистических методов и затруднило построение многофакторных моделей.

4) В дальнейшей работе необходимо использование онлайн-программы на более длительной основе для усиления получаемого эффекта. Для этого необходима модификация созданной программы: переконструирование блоков таким образом, чтобы быстрый переход к другим частям программы был невозможен. Однако это может повлечь за собой потери участников. Оценка результатов должна проводиться с большими временными интервалами. Также необходимо привлечение большего количества людей для участия в онлайн-программе и сама процедура набора участников должна быть более длительной, чтобы максимальное число заинтересованных респондентов смогли принять участие в исследовании. Дальнейшая доработка программы и оценка ее эффективности должна проводиться с помощью рандомизированного контролируемого исследования.

Заключение

Данное исследование было направлено на оценку потенциальной эффективности профилактической онлайн-программы для людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Использование Интернет пространства является важной сферой для внедрения профилактических программ. Создание превентивных программ с использованием Интернет технологий позволит повысить информированность ЛЖВ о собственном заболевании, путях заражения и возможностях лечения, поможет преодолеть психологические трудности. Важно отметить и то, что онлайн – программы являются важным фактором, который может оказывать влияние на поведение человека и изменять его, делая его более здоровьесберегающим. Это в свою очередь повысит качество жизни самих ЛЖВ и будет препятствовать дальнейшему распространению вируса.

Результаты исследования свидетельствуют о сходном уровне многих изучаемых показателей до и после прохождения онлайн-программы. Такие результаты могут объясняться изначальными особенностями участников, которые прошли онлайн-программу полностью. Однако можно говорить о положительной динамике такого важного показателя как уровень знаний о ВИЧ-инфекции, снижении количества половых контактов без использования презерватива, что говорит об эффективности программы.

При дальнейшем анализе полученных данных необходимо учитывать давность постановки диагноза ВИЧ-инфекция и иметь в виду тот факт, что участники могут быть хорошо информированы о своем заболевании и соответственно меньше времени уделять прохождению самой программы, что может отразиться на эффекте интервенции. Будущие исследования должны проводиться при помощи рандомизированного контролируемого

дизайна, что позволит более полно и точно оценить эффективность разработанной программы.

Разработанная программа является первой и единственной в России онлайн-программой вторичной профилактики для людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Дальнейшая работа и исследования в этой области являются очень важными для борьбы с таким социально-значимым заболеванием как ВИЧ-инфекция.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Акрам Э. Концепция универсального доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции в секторе здравоохранения. Материалы докладов межрегиональной рабочей встречи участников проекта «Лечение, уход и поддержка пациентов с ВИЧ/СПИД». 20-12 декабря 2005 г. СПб., 2005
2. Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе. – СПб.: Речь, 2010. – 191 с.
3. Аметов А.С., Валитов Б.И., Черникова Н.А. Терапевтическое обучение больных: прошлое, настоящее, будущее. Сахарный диабет, 2012; (1): 71-77
4. Бартлетт Д., Галант Д. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. – М.: Валент, 2010 – 490 с.
5. ВИЧ/СПИД сегодня и рядом. Под ред. Белякова Н.А., Рахмановой А.Г. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2013. – 110 с.
6. ВИЧ-инфекция в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации 2017 году: аналитический обзор. – СПб.: ФГУН НИИЭМ им. Пастера Роспотребнадзора, 2017 – 44 с.
7. Воронин Е.Е. Латышева И.Б. Актуальное состояние помощи при ВИЧ-инфекции в России. Материалы конференции с международным участием «ВИЧ. Проблемы и решения», 2015. СПб.: 2015 г.
8. Информационный бюллетень «ВИЧ инфекция в СПб по состоянию на 01.07.2017» Пантелеева О.В. и др.
9. Информационный бюллетень: последние эпидемиологические тенденции. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. – ЮНЭЙДС, 2009 – 2 с.
10. Клинические рекомендации: ВИЧ-инфекция и СПИД. Под ред. В.В.Покровского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – 87 с.

11. Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Юрин О.Г. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации в 2007 г. Эпидемиология и инфекционные болезни, 2008 № 3, с. 7-13
12. Левина О.С., Рыбников В.Ю. Психологические и социальные риски распространения ВИЧ инфекции.// ВИЧ и психическое здоровье под ред. Белякова Н.А. и Рассохиной В.В. — 2013.— Т. 5— № 1.— С. 102–109
13. Мультипрофессиональный подход в лечении и уходе за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Практика совместного консультирования и лечения. Под ред. Островского В.Д. РОО «СПИД инфосвязь», 2006
14. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2007. — 392 с.
15. Приверженность ВААРТ и рискованное поведение среди пациентов Санкт-Петербургского центра – СПИД: статистические модели, психологические и социодемографические факторы/ Тулупьева Т.В., Тулупьев А.Л., Пащенко А.Е., Красносельских Т.В.// Труды СПИИРАН / под общ.ред. Р.М. Юсупова. Вып.6. СПб.: Наука, 2008
16. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: индивидуальные жизненные кризисы; агрессия и экстремизм: учебник/ под общ. ред. д-ра психол. наук Н.С. Хрустальной. – СПб.: изд-во СПбГУ, 2016. – 445 с.
17. Развитие эпидемии СПИДа. Северная Америка, Западная и Центральная Европа: доклад. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. – ЮНЭЙДС, 2007 – 27 с.
18. Рахманова А.Г., Воронин Е.Е., Фомина Ю.А. ВИЧ-инфекция у детей. – СПб.: Питер, 2003. – 440 с.
19. Роспотребнадзор, 2017. Государственный доклад "О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году". URL:

<http://www.rosпотреbnadzor.ru/upload/iblock/0b3/gosudarstvennyy-doklad-2016.pdf>

20. Суринов Е.А. Россия в цифрах, 2017
21. Ураева Г.Е., Скочилов Р.В., Красносельских Т.В., Рассохин В.В., Сафонова П.В., Шаболтас А.В. Профилактическая он-лайн программа для людей, живущих с ВИЧ-инфекцией: качественный этап исследования // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 2017. — Т. 9, — № 3. — С. 81-90
22. Ураева Г.Е., Шаболтас А.В., Скочилов Р.В., Красносельских Т.В. Состояние вторичной профилактики ВИЧ-инфекции и перспективы развития дистантных превентивных технологий. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 2015 г. Т.7 № 6 с. 74-85
23. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лечение ВИЧ-инфекции 2009. – М.: Валент, 2010. - 648 с.
24. Чулкова В.А., Блинов Н.Н., Комяков И.П., Константинова М.М., Котова Д.Г., Тришкина Е.А. Психотерапевтическая помощь больным раком молочной железы // Пособие для врачей–онкологов. - СПб. - 2002. – 23 с.
25. Шаболтас А.В., Боголюбова О.Н., Скочилов Р.В., Батлук Ю.В. ВИЧ-инфекция. Психологические и социальные основы исследований и превенции. СПб, 2012
26. Шаболтас А.В. Индивидуальный кейс-менеджмент для потребителей инъекционных наркотиков, нуждающихся в ВААРТ. ВИЧ-инфекции и иммуносупрессии, 2014, том 6, № 2, с. 87 – 95
27. Шаболтас А.В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. СПб, 2015, 694 с.
28. Abdala N., Zhan W., Shaboltas A.V., Skochilov R.V., Kozlov A.P., Krasnoselskikh T.V. Efficacy of a Brief HIV Prevention Counseling Intervention Among STI Clinic Patients in Russia: A Randomized Controlled Trial. AIDS Behav [Internet]. 2012 Sep 18 [cited 2013 Feb 15]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22987210>

29. Babor T.F., De La Fuente, J.R., Saunders J., Babor M. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. Second edition. Geneva: World Health Organization, 2001
30. Balabanova Y., Coker R., Atun R.A., Drobniewski F. Stigma and HIV infection in Russia, AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 2014
31. Barbara E. Berger, Carol Estwing Ferrans, Felissa R. Lashley. Measuring Stigma in People With HIV: psychometric Assessment of the HIV Stigma scale. Research in Nursing & Health, 2001, 24, 518±529
32. Bech P. Measuring the dimension of Psychological General Well-Being by the WHO-5 119. Quality of Life Newsletter, 2004, Vol. 32, 15–16
33. Boewn A.M., Horvath K., Williams M.L. Randomized control trial of Internet-delivered HIV prevention targeting rural MSM. Health Education Research, 2007, vol.22, No.1, pp. 120-127
34. Brown J.L., Vanable P.A. Cognitive-Behavioral Interventions for persons, living with HIV: A review and critique of the literature. Ann.benav.med.,2008, № 35, p. 26-40
35. Chaffin M., Balachova T., Shaboltas A., Bohora S., Batluk J., Bonner B., et al. Increasing HIV testing as a prevention strategy: a randomized trial of opt-in and opt-out HIV testing strategies among at-risk women. Alcohol Exp Res. 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA: WILEY-BLACKWELL; 2016 Jun;40(1, SI):60A
36. Crepaz N., Lyles C.N., Wolitski R.J. Do preventive interventions reduce HIV risk behaviors among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. AIDS, 2006, No. 25, p. 143-157
37. Crepaz N., Passin W.F., Rama S.M. et al. Meta-analysis of Cognitive-behavioral intervention for HIV-infected persons. Health psychology, 2008, 27 (1), pp 4-14

38. Eramova I., Munz M., Matis S. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для европейского региона ВОЗ. – Копенгаген: ВОЗ, 2009 – 550 с.

39. Fedorova E.V., Skochilov R.V., Heimer R., Case P., Beletsky L., Grau L.E., et al. Access to syringes for HIV prevention for injection drug users in St. Petersburg, Russia: syringe purchase test study. BMC Public Health [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2013 Mar 26];13(1):183. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23452390>

40. Fisher J.D., Smith L.R., Lenz E.M. Secondary prevention of HIV in the United States. Past, current and future perspectives. *Acquir Immune Defic. Syndrome*, 2010, No 55, pp.106-115

41. Girden, E. (1992). ANOVA: Repeated measures. Newbury Park, CA: Sage.

42. Greene GJ, Madkins K, Andrews K, Dispenza J, Mustanski B. Implementation and evaluation of the Keep It Up! online HIV prevention intervention in a community-based setting. *AIDS Educ Prev*. 2016 Jun;28(3):231–45

43. Hoffman I.F., Latkin C.A., Kukhareva P.V., Malov S.V., Batluk J.V., Shaboltas A.V., et al. A Peer-Educator Network HIV Prevention Intervention Among Injection Drug Users: Results of a Randomized Controlled Trial in St. Petersburg, Russia. *AIDS Behav* [Internet]. 2013 Sep [cited 2013 Sep 11];17(7):2510–20

44. Horn T., Sherwood J., Remien R., Nash D., Auerbach J.D. and for the Treatment Action Group and Foundation for Aids Research HIV Prevention Continuum Working Group. Towards an integrated primary and secondary HIV prevention continuum for the United States: a cyclical process model, *J Int AIDS Soc*. 2016; 19(1): 21263 Published online 2016 Nov 17.

45. Klein C.H., Kuhn T., Huxley D., Kennel J., Withers E., Lomonaco C.G. Preliminary Findings of a Technology-Delivered Sexual Health Promotion

Program for Black Men Who Have Sex With Men: Quasi-Experimental Outcome Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2017 Oct-Dec; 3(4): e78. Published online 2017 Oct 24.

46. Knight R., Karamouzian M., Salway T., Gilbert M., Shoveller J. Online interventions to address HIV and other sexually transmitted and blood-borne infections among young gay, bisexual and other men who have sex with men: a systematic review, *J Int AIDS Soc.* 2017 Nov; 20(3): e25017. Published online 2017 Nov 1.

47. Kozlov A.P., Shaboltas A.V., Toussova O.V., Verevochkin S.V., Masse B.R., Perdue T., et al. HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St Petersburg, Russia. *AIDS* [Internet]. 2006 Apr 4;20(6):901–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16549975>

48. Kozlov A.P., Skochilov R.V., Toussova O.V., Verevochkin S.V., Krasnoselskikh T.V., Malov S.V., et al. HIV incidence and behavioral correlates of HIV acquisition in a cohort of injection drug users in St Petersburg, Russia. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2016 Nov;95(44):e5238

49. Marcellin F, Spire B, Carrieri MP, Roux P. Assessing adherence to antiretroviral therapy in randomized HIV clinical trials: a review of currently used methods. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2013 Mar;11(3):239-50.

50. Muessig K.E., Bien C.H., Chongyi Wei., Elaine J Lo, Min Yang, Tucker J.D., Yang L., Meng G. and Hightow-Weidman L. A Mixed-Methods Study on the Acceptability of Using eHealth for HIV Prevention and Sexual Health Care Among Men Who Have Sex With Men in China. *J Med Internet Res.* 2015 Apr; 17(4): e100.

51. Mustanski B., Madkins K., Greene G.J., Parsons J.T., Johnson B.A., Sullivan P., Bass M., Abel R. Internet-Based HIV Prevention With At-Home Sexually Transmitted Infection Testing for Young Men Having Sex With Men:

Study Protocol of a Randomized Controlled Trial of Keep It Up! 2.0. JMIR Res Protoc. 2017 Jan; 6(1): e1. Published online 2017 Jan 7.

52. Paterson D.L., Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagener MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med.* 2000 Jul 4;133(1):21-30.

53. Shaboltas A.V., Skochilov R.V., Brown L.B., Elharrar V.N., Kozlov A.P., Hoffman I.F. The feasibility of an intensive case management program for injection drug users on antiretroviral therapy in St. Petersburg, Russia. *Harm Reduct J* [Internet]. *Harm Reduction Journal*; 2013 Sep 5 [cited 2013 Sep 11];10(1):15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24006958>

54. Shaboltas A.V., Toussova O.V., Hoffman I.F., Heimer R., Verevochkin S.V., Ryder R.W., et al. HIV prevalence, sociodemographic, and behavioral correlates and recruitment methods among injection drug users in St. Petersburg, Russia. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2006 Apr 15;41(5):657–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16652041>

55. Sheldon Cohen, Tom Kamarck, Robin Mermelstein. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*;24;385-396, American Sociological Association, 1983

56. Sherbourne Cathy D., Stewart Anita L. The MOS social support survey, *Sot. Sci. Med.* Vol. 32, No. 6, pp. 705-714, 1991

57. Sophus A.I., Fujitani L., Vallabhbhai S., Antonio Jo A., PuaLani Yang, Elliott E., Mitchell J.W. Insights in Public Health. In *What Ways are Hawaii's HIV Prevention Services Engaging Gay Male Couples and Using Technology?* *Hawaii J Med Public Health.* 2018 Feb; 77(2): 38–45.

58. Springer S.A., Dushaj A., and Marwan M. Azar, The Impact of DSM-IV Mental Disorders on Adherence to Combination Antiretroviral Therapy Among Adult Persons Living with HIV/AIDS: A Systematic Review. *AIDS Behav.* 2012 Nov; 16(8): 2119–2143.

59. Sullivan P.S., Driggers R., Stekler J.D., Siegler A., Goldenberg T. et.al. Usability and Acceptability of a Mobile Comprehensive HIV Prevention App for Men Who Have Sex With Men: A Pilot Study. JMIR MhealthUhealth. 2017 Mar; 5(3): e26. Published online 2017 Mar 9.

60. URL: http://78.rospotrebnadzor.ru/551/-/asset_publisher/hC6J/content/1-%D0%B4%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D0%B1%D1%80%D1%8F-%D0%B2%D1%81%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B8-%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D1%8C-%D0%B1%D0%BE%D1%80%D1%8C%D0%B1%D1%8B-%D1%81%D0%BE-%D1%81%D0%BF%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%BC-5 (дата обращения: 15.03.18).

61. Uthman O.A., Safren S.A., and Nachega J.B. Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Curr HIV/AIDS Rep. 2014 Sep; 11(3): 291–307.

62. Webb T.L., Joseph J., Yardley L. Using the Internet to promote health behavior change: A systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical base. J.Med.Internet Res, 2010, vol.12, No.1

Приложение 1
Онлайн - опросник

Дата заполнения: ____ / ____ / ____ (День/Месяц/Год)

БЛОК 1. ДЕМОГРАФИЯ.

Сначала мы хотели бы задать Вам несколько общих вопросов.

1. Сколько Вам лет? ____

2. Ваш пол?

Женский (0)

Мужской (1)

3. Каково Ваше семейное положение?

Холост/не замужем (1)

Гражданский брак (2)

Женат/замужем (3)

Состою в браке, но проживаю отдельно от супруга/супруги (4)

Другое (5) *поясните:* _____

4. У Вас есть дети?

Нет (0)

Да (1)

4а. Если “Да”, то сколько ____

5. Каково Ваше образование?

- Неоконченное среднее (1)
- Среднее (аттестат об окончании средней школы) (2)
- Среднее специальное (диплом техникума или колледжа) (3)
- Неоконченное высшее (4)
- Высшее (диплом бакалавра, специалиста, магистра) (5)
- Научная степень (кандидат или доктор наук) (5)
- Не знаю (998)
- Отказ от ответа (997)

6. Какова Ваша профессиональная занятость?

- Полное рабочее время (30 часов в неделю и более) (1)
- Частичная занятость (менее 30 часов в неделю) (2)
- Нерегулярная занятость (от случая к случаю/сезонная) (3)
- Безработный (4)
- Другое (5) *поясните:* _____

7. Кто проживает вместе с Вами (отметьте ВСЕ подходящие варианты)?

- Родители или другие родственники (1)
- Супруг(а)/сексуальный партнер(ша) (2)
- Ребенок/дети (3)
- Друг/друзья (4)
- Сосед(и) по комнате в общежитии (5)
- Сосед(и) по коммунальной квартире (6)
- Живу один/одна (7)
- Другое (8) *поясните:* _____

8. Каков был Ваш средний ежемесячный доход за последние 3 месяца?

- менее 10 000 рублей (1)
- 10 001 – 20 000 рублей (2)

- 20 001 – 30 000 рублей (3)
- 30 001 – 40 000 рублей (4)
- 40 001 – 50 000 рублей (5)
- Больше чем 50 001 рублей (6)
- Отказ от ответа (997)

БЛОК 2. ЗДОРОВЬЕ.

Ответьте пожалуйста на несколько вопросов о Вашем здоровье.

1. В общем, Вы оцениваете своё здоровье как...

- Хорошее (1)
- Удовлетворительное (2)
- Плохое (3)

2. Ставили ли Вам когда-либо диагноз гепатит В?

- Нет (0)
- Да (1)
- Не знаю (999)

3. Ставили ли Вам когда-либо диагноз гепатит С?

- Нет (0)
- Да (1)
- Не знаю (999)

4. Ставили ли Вам когда-либо диагноз туберкулёз?

- Нет (0)
- Да (1)
- Не знаю (999)

5. За последний год болели ли Вы инфекциями передаваемыми половым путём (ИППП), такими как сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомониаз, бородавки половых органов (остроконечные кондиломы)?

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (999)

БЛОК 3. ВИЧ/СПИД.

1. Обследовались ли Вы когда-либо на ВИЧ?

Нет (0)

Да (1)

→ если (0), то участник не подходит для исследования, заполнение опросника окончено.

2. Если обследовались, то каков результат самого последнего анализа?

ВИЧ-положительный (ВИЧ-инфекция обнаружена) (1)

ВИЧ-отрицательный (ВИЧ-инфекция не обнаружена) (2)

Не знаю результатов (998)

→ если (2,998), то участник не подходит для исследования, заполнение опросника окончено.

3. Когда Вы впервые узнали, что у Вас обнаружена ВИЧ-инфекция?

менее месяца назад (1)

от 1 до 3 месяцев назад (2)

от 3 до 6 месяцев назад (3)

от 6 до 12 месяцев назад (4)

от 1 года до 2 лет назад (5)

от 2 до 5 лет назад (6)

от 5 до 10 лет назад (7)

более 10 лет назад (8)

4. Состоите ли Вы на учёте/ диспансерном наблюдении в Центре СПИД?

Нет (0)

Да (1)

5. Как часто Вы посещаете врача-инфекциониста?

Не посещал никогда (0)

Реже чем раз в год (1)

Ежегодно (2)

Раз в шесть месяцев (3)

Раз в три месяца (4)

Чаше, чем раз в три месяца (5)

6. Как часто Вы обращаетесь за помощью к психологу?

Не обращался никогда (0)

Реже чем раз в год (1)

Ежегодно (2)

Раз в шесть месяцев (3)

Раз в три месяца (4)

Чаше, чем раз в три месяца (5)

7. Сколько раз за последний месяц Вы обращались за помощью к специалистам по ВИЧ-инфекции (врачи-инфекционисты, психологи, другие специалисты)? Если Вы не посещали таких специалистов за последний месяц, отметьте 0.

— —

8. Получаете ли Вы сейчас высокоактивную антиретровирусную терапию(ВААРТ)?

Нет (0)

Да (1)

Принимал, но сейчас не принимаю (2)

→ если (0), переход к вопросам следующего блока, во всех следующих вопросах этого блока поставить значение (999)

9. Когда впервые Вы начали получать высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ)?

менее месяца назад (1)

от 1 до 3 месяцев назад (2)

от 3 до 6 месяцев назад (3)

от 6 до 12 месяцев назад (4)

от 1 года до 2 лет назад (5)

от 2 до 5 лет назад (6)

от 5 до 10 лет назад (7)

более 10 лет назад (8)

10. После того как Вам была назначена высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ), сколько раз Вам меняли схему лечения?

ни разу (0)

1 раз (1)

2 раза (2)

3 раза (3)

4 раза (4)

5 раз и более (5)

→ если (1-5), показать следующий вопрос

этого блока, если (0) в следующем вопросе этого блока поставить значение (999)

11. Когда Вам меняли схему высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) в последний раз?

менее месяца назад (1)

от 1 до 3 месяцев назад (2)

от 3 до 6 месяцев назад (3)

от 6 до 12 месяцев назад (4)

от 1 года до 2 лет назад (5)

от 2 до 5 лет назад (6)

от 5 до 10 лет назад (7)

более 10 лет назад (8)

12. Были ли у Вас какие-либо заболевания спровоцированные ВИЧ-инфекцией (оппортунистические заболевания) ?

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (999)

13. Вспомните, сколько за последний месяц было таких дней, когда Вы как минимум один раз пропускали приём хотя бы одного из назначенных Вам препаратов для лечения ВИЧ-инфекции?

Укажите число дней: ____ ____ (0-30)

ШКАЛА ВНУТРЕННЕЙ СТИГМАТИЗАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ВИЧ/ HIVSTIGMASCALE.

При ответе на следующие вопросы мы попросим Вас подумать, как наличие ВИЧ-инфекции влияет на Ваше отношение к себе.

Следующие утверждения надо оценивать по шкале от 1 до 4

Абсолютно согласен (4)

согласен (3)

Не согласен (2)

Абсолютно не согласен (1)

- 14.2. Я чувствую себя виноватым из-за того, что я – ВИЧ-инфицированный
- 14.3. Отношение людей ко мне заставляет меня думать о себе хуже
- 14.6. Я очень стараюсь сохранить мой ВИЧ статус в тайне
- 14.7. Я чувствую себя хуже других из-за того, что у меня ВИЧ-инфекция
- 14.8. Я никогда не стыжусь того, что у меня ВИЧ-инфекция
- 14.11. Мне легче не общаться с другом, чем думать о том, как рассказать ему о моем ВИЧ-статусе
- 14.12. Наличие ВИЧ-инфекции заставляет меня чувствовать себя грязным
- 14.13. Я чувствую себя одиноким, изолированным от остального мира
- 14.15. Наличие ВИЧ-инфекции заставляет меня чувствовать себя плохим человеком
- 14.23. Наличие ВИЧ в моем теле отвратительно мне
- 14.27. В большинстве случаев мне не стоило рассказывать другим людям о моем ВИЧ-статусе
- 14.38. Узнав о моем ВИЧ-статусе, люди перестают замечать мои положительные качества

14.39. Мне кажется, что люди меня боятся из-за того, что я ВИЧ-инфицирован

15. Сталкивались ли Вы с какими-либо из перечисленных или подобных им ситуаций, когда нарушались Ваши права из-за того, что Вы ВИЧ-положительный(отметьте ВСЕ подходящие варианты)?

Предвзятое отношение работодателя и/или коллег по работе (1)

Предвзятое отношение медицинского персонала и/или отказ от выполнения каких-либо медицинских процедур (2)

Предвзятое отношение к ВИЧ-позитивному ребёнку в детском учреждении и/или отказ в приёме в детское учреждение (3)

Другое поясните: _____

Не сталкивался

БЛОК 4. ПАВ.

Теперь мы хотели бы задать Вам несколько вопросов об употреблении табака, алкоголя и наркотиков

1. Курите ли Вы?

Нет (0)

Да (1)

→ если (0), переход к вопросам об алкоголе, во всех следующих вопросах этой части поставить значение (0)

2. В те дни, когда Вы курили, сколько сигарет в среднем Вы выкуривали за день?

___ ___ ___ сигарет

3.1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

никогда (0)

1 раз в месяц или реже (1)






2-4 раза в месяц (2)

2-3 раза в неделю (3)

4 и более раз в неделю (4)

→ если (0), переход к вопросам об наркотиках, во всех следующих вопросах этой части поставить значение (0)

ВНИМАНИЕ! Когда мы используем термин ОДНА ПОРЦИЯ АЛКОГОЛЯ, мы имеем в виду:

1 бутылку или банку пива (0,5 литра) 	1 стандартную порцию коктейля или банку джин- тоника (0,33 литра) 	1 бокал вина (150 граммов) 	1 рюмку ликера, наливки, мартини (75 граммов) 	1 стопку водки или другого крепкого алкоголя (50 граммов) 
--	---	--	--	--

3.2. Какова Ваша обычная порция алкогольных напитков за день?

1 или 2 (0)

3 или 4 (1)

5 или 6 (2)

7 или 9 (3)

10 или более (4)

3.3. Как часто Вы выпиваете 4 или более порций за один раз?

никогда (0)

менее, чем 1 раз в месяц (1)

ежемесячно (2)

еженедельно (3)

ежедневно или почти ежедневно (4)

3.4. Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?

никогда (0)

менее, чем 1 раз в месяц (1)

ежемесячно (2)

еженедельно (3)

ежедневно или почти ежедневно (4)

3.5. Как часто за последний год Вы из-за употребления алкоголя не сделали то, что обычно ожидается, что Вы сделаете?

никогда (0)

менее, чем 1 раз в месяц (1)

ежемесячно (2)

еженедельно (3)

ежедневно или почти ежедневно (4)

3.6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей сильной выпивки?

никогда (0)

- менее, чем 1 раз в месяц (1)
- ежемесячно (2)
- еженедельно (3)
- ежедневно или почти ежедневно (4)

3.7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и (или) раскаяния после употребления алкоголя?

- никогда (0)
- менее, чем 1 раз в месяц (1)
- ежемесячно (2)
- еженедельно (3)
- ежедневно или почти ежедневно (4)

3.8. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

- никогда (0)
- менее, чем 1 раз в месяц (1)
- ежемесячно (2)
- еженедельно (3)
- ежедневно или почти ежедневно (4)

3.9. Являлось ли когда-нибудь Ваше употребление алкоголя причиной телесных повреждений у Вас или других людей?

- никогда (0)
- да, но не в последний год (2)
- да, в течение последнего года (4)

3.10. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, врач или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего

употребления алкоголя либо рекомендовал уменьшить употребление алкоголя?

никогда (0)

да, но не в последний год (2)

да, в течение последнего года (4)

4. Употребляли ли Вы когда-либо наркотики?

Нет (0)

Да (1)

→ если (0), переход к вопросам следующего блока, во всех следующих вопросах этого блока поставить значение (999)

5. Употребляли ли Вы когда-либо наркотики ВНУТРИВЕННО (в виде инъекций)?

Нет (0)

Да (1)

→ если (0), переход к вопросам следующего блока, во всех следующих вопросах этого блока поставить значение (999)

6. Употребляли ли Вы за последний месяц наркотики ВНУТРИВЕННО (в виде инъекций)?

Нет (0)

Да (1)

→ если (0), переход к вопросам следующего блока, во всех следующих вопросах этого блока поставить значение (999)

7. Какие наркотики Вы употребляли ВНУТРИВЕННО за последний месяц?(отметьте ВСЕ подходящие варианты)

Метадон(1)

Героин (2)

Психостимуляторы (первитин, винт, джеф, эфедрон, «скорость» и др.) (3)

Другие инъекционные наркотики или лекарственные препараты (4)*поясните:*

8. За последний месяц пользовались ли Вы с кем-либо общим оборудованием (ложка, фурик, фильтр/вата, шприц-выборка) при употреблении наркотика ВНУТРИВЕННО (в виде инъекций)?

Нет (0)

Да (1)

9. За последний месяц пользовались ли Вы шприцем или иглой для употребления наркотиков после кого-то другого, чей ВИЧ-статус отрицательный, либо чей ВИЧ-статус Вам неизвестен?

Нет (0)

Да (1)

10. За последний месяц давали ли Вы пользоваться своим использованным шприцем или иглой для употребления наркотиков кому-либо другому, чей ВИЧ-статус отрицательный, либо чей ВИЧ-статус Вам неизвестен?

Нет (0)

Да (1)

11. За последний месяц пользовались ли Вы шприцем или иглой для употребления наркотиков после кого-то, кто, как Вы знаете, является ВИЧ-позитивным?

Нет (0)

Да (1)

12. За последний месяц давали ли Вы кому-либо, кто, как Вы знаете, является ВИЧ-позитивным пользоваться своим использованным шприцем или иглой для употребления наркотиков?

Нет (0)

Да (1)

ШКАЛА ВНУТРЕННЕЙ СТИГМАТИЗАЦИИ В ОТНОШЕНИИ НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ/ IDU STIGMA SCALE.

При ответе на следующие вопросы мы попросим Вас подумать, как употребление наркотиков влияет на Ваше отношение к себе.

Следующие утверждения надо оценивать по шкале от 1 до 4

Абсолютно согласен (4)

согласен (3)

Не согласен (2)

Абсолютно не согласен (1)

13.2. Я чувствую себя виноватым из-за того, что я употребляю наркотики

13.3. Негативное отношение людей ко мне из-за употребления наркотиков заставляет меня думать о себе хуже

13.6. Я очень стараюсь сохранить факт употребления мной наркотиков в тайне

13.7. Я чувствую себя хуже других из-за того, что я употребляю наркотики

13.8. Я никогда не стыжусь того, что я употребляю наркотики

13.11. Мне легче не общаться с другом, чем думать о том, как рассказать ему о том, что я употребляю наркотики

13.12. Употребление наркотиков заставляет меня чувствовать себя грязным

- 13.13. Я чувствую себя одиноким, изолированным от остального мира
- 13.15. Тот факт, что я употребляю наркотики, заставляет меня чувствовать себя плохим человеком
- 13.23. Наличие наркотиков в моем теле отвратительно мне
- 13.27. В большинстве случаев мне не стоило рассказывать другим людям о том, что я употребляю наркотики
- 13.38. Узнав о том, что я употребляю наркотики, люди перестают замечать мои положительные качества
- 13.39. Мне кажется, что люди боятся меня из-за того, что я употребляю наркотики

БЛОК 5. СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ.

Теперь мы хотели бы задать Вам несколько вопросов о Вашем сексуальном поведении.

Пожалуйста, отвечая на следующие вопросы, стараясь представить наиболее точный ответ. Если Вы чего-то не делали, отметьте 0.

1. Со сколькими мужчинами Вы вступали в половую связь за **последний** месяц? ____ ____ ____ мужчин

2. Со сколькими женщинами Вы вступали в половую связь за **последний** месяц? ____ ____ ____ женщин

Попытайтесь вспомнить ваше поведение за последний месяц.

За последний месяц я

3. Имел(а) вагинальные половые контакты ____ ____ ____ раз за месяц

4. Из них с презервативом ____ ____ ____ **раз за месяц**

5. Имел(а) анальные половые контакты ____ ____ ____ **раз за месяц**

6. Из них с презервативом ____ ____ ____ **раз за месяц**

7. Обсуждал(а) с партнёром необходимость использования презервативов ____ ____ ____ **раз за месяц**

8. Когда занимался(ась) сексом в последний раз, я использовал(а) презерватив

Нет (0)

Да (1)

9. Есть ли у Вас в настоящее время постоянный половой партнёр?(под формулировкой “постоянный половой партнёр” мы имеем ввиду партнера, с которым у Вас есть регулярные половые отношения и которого Вы считаете постоянным)

Нет (0)

Да (1)

→ если (0), переход к вопросам следующего блока, во всех следующих вопросах этого блока поставить значение (999)

10. Каков ВИЧ-статус Вашего постоянного полового партнёра?

ВИЧ-негативный (0)

ВИЧ-позитивный (1)

Не знаю (998)

11. Пытались ли Вы (или Ваша партнёрша) зачать ребёнка в течение последнего месяца?

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

БЛОК 5. PSS (Perceived Stress Scale).

При ответе на следующие вопросы мы попросим Вас вспомнить, какие переживания были у Вас за последний месяц.

1. Как часто за последний месяц Вы расстраивались из-за какого-то неожиданного события?

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

очень часто (5)

2. Как часто за последний месяц Вы чувствовали, что неспособны контролировать что-то важное в своей жизни?

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

очень часто (5)

3. Как часто за последний месяц Вы нервничали и испытывали стресс?

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)
часто (4)
очень часто (5)

4. Как часто за последний месяц Вы чувствовали уверенность в своей способности справиться с личными проблемами?

никогда (5)
редко (4)
иногда (3)
часто (2)
очень часто (1)

5. Как часто за последний месяц Вы чувствовали, что все идет так, как нужно?

никогда (5)
редко (4)
иногда (3)
часто (2)
очень часто (1)

6. Как часто за последний месяц Вы чувствовали, что не можете справиться со всеми делами, которые Вам нужно сделать?

никогда (1)
редко (2)
иногда (3)
часто (4)
очень часто (5)

7. Как часто за последний месяц Вы были способны контролировать неприятные ситуации, складывавшиеся в Вашей жизни?

никогда (5)

редко (4)

иногда (3)

часто (2)

очень часто (1)

8. Как часто за последний месяц Вы чувствовали себя успешным человеком?

никогда (5)

редко (4)

иногда (3)

часто (2)

очень часто (1)

9. Как часто за последний месяц Вы злились из-за того, что не могли что-то контролировать?

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

очень часто (5)

10. Как часто за последний месяц Вы чувствовали, что накопилось столько трудностей, что Вы уже не можете с ними справиться?

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

очень часто (5)

БЛОК 6.1. Индекс общего (хорошего) самочувствия/ВОЗ (вариант 1999 г.)/ The WHO-5 Well-Being Index

Теперь мы хотели бы задать Вам несколько вопросов о Вашем самочувствии за последние две недели.

1. Я чувствую себя бодрым(ой) и в хорошем настроении

Все время (5)

Большую часть времени (4)

Более половины времени (3)

Менее половины времени (2)

Некоторое время (1)

Никогда (0)

2. Я чувствую себя спокойным(ой) и раскованным(ой)

Все время (5)

Большую часть времени (4)

Более половины времени (3)

Менее половины времени (2)

Некоторое время (1)

Никогда (0)

3. Я чувствую себя активным(ой) и энергичным(ой)

Все время (5)

Большую часть времени (4)

Более половины времени (3)

Менее половины времени (2)

Некоторое время (1)

Никогда (0)

4. Я просыпаюсь и чувствую себя свежим(ей) и отдохнувшим(ей)

Все время (5)

Большую часть времени (4)

Более половины времени (3)

Менее половины времени (2)

Некоторое время (1)

Никогда (0)

5. Каждый день со мной происходят вещи, представляющие для меня интерес

Все время (5)

Большую часть времени (4)

Более половины времени (3)

Менее половины времени (2)

Некоторое время (1)

Никогда (0)

БЛОК 6.2. СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА.

Далее мы зададим Вам несколько вопросов о Ваших взаимоотношениях с близкими.

1. Примерно сколько близких друзей и близких родственников у Вас есть (т.е. людей, с которыми Вы чувствуете себя непринуждённо и можете говорить обо всем, что приходит Вам в голову)?

Напишите число близких друзей и близких родственников: ____

Люди иногда обращаются к другим для дружеского общения, помощи, или других типов поддержки. Как часто доступен для Вас каждый из следующих видов поддержки, если Вы в этом нуждаетесь?

Эмоциональная/информационная поддержка

2. Как часто рядом с Вами есть кто-то, кто выслушивает Вас, если Вам необходимо поговорить

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

3. Как часто рядом с Вами есть кто-то, кто даёт Вам информацию, помогающую разобраться в трудной жизненной ситуации

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

4. Как часто рядом с Вами есть кто-то, кто даёт Вам хорошие советы во время кризисного момента в Вашей жизни

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

5. Как часто рядом с Вами есть кто-то, на кого Вы можете положиться или поговорить о себе и своих проблемах

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

6. Как часто рядом с Вами есть кто-то, кто даёт Вам советы, в которых Вы действительно нуждаетесь

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

7. Как часто рядом с Вами есть кто-то, с кем Вы делитесь сокровенными переживаниями и страхами

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

8. Как часто рядом с Вами есть кто-то, к кому Вы обращаетесь за советом о том, как справиться с личной проблемой

никогда (1)

редко (2)
иногда (3)
часто (4)
всегда (5)

9. Как часто рядом с Вами есть кто-то, кто понимает Ваши проблемы

никогда (1)
редко (2)
иногда (3)
часто (4)
всегда (5)

Практическая поддержка

10. Как часто рядом с Вами есть кто-то, кто помог бы Вам, если бы Вы были прикованы к постели

никогда (1)
редко (2)
иногда (3)
часто (4)
всегда (5)

11. Как часто рядом с Вами есть кто-то, кто сопровождал бы Вас к врачу, если бы Вы нуждались в этом.

никогда (1)
редко (2)
иногда (3)
часто (4)
всегда (5)

12. Если бы Вы были не в состоянии приготовить себе еду, как часто рядом с Вами есть кто-то, кто сделал бы это для Вас

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

13. Как часто рядом с Вами есть кто-то, кто помог бы Вам с ежедневными заботами, если бы Вы были больны

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

Любовь и симпатия

14. Как часто рядом с Вами есть кто-то, кто демонстрирует Вам свою любовь и симпатию

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

15. Как часто рядом с Вами есть кто-то, кто любит Вас и даёт почувствовать себя нужным

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

16. Как часто рядом с Вами есть кто-то, кто может обнять Вас

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

Позитивные социальные взаимодействия

17. Как часто рядом с Вами есть кто-то, с кем можно хорошо провести время вместе

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

18. Как часто рядом с Вами есть кто-то, с кем можно отдохнуть и расслабиться

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

19. Как часто рядом с Вами есть кто-то, с кем можно заняться чем-нибудь приятным

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

Дополнительный пункт

20. Как часто рядом с Вами есть кто-то, кто может помочь привести мысли в порядок

никогда (1)

редко (2)

иногда (3)

часто (4)

всегда (5)

РАСКРЫТИЕ СТАТУСА

21. Рассказали ли Вы о своём ВИЧ-положительном статусе кому-нибудь(отметьте ВСЕ подходящие варианты)?

Никому (0)

Матери (1)

Отцу (2)

Жене/Мужу/партнёру (3)

Ребёнку/детям (4)

Другу/подруге (5)

Коллеге по работе (6)

Моему врачу (стоматологу и др.) (7)

Моему работодателю (8)

Другое(9)*поясните:* _____

БЛОК 9. ЗНАНИЯ О ЖИЗНИ С ВИЧ/ HIV/AIDSKNOWLEGE.

В завершение мы хотели бы задать Вам несколько вопросов, связанных с Вашими знаниями о жизни с ВИЧ-инфекцией. Также мы просим Вас не пользоваться справочной литературой или информацией из интернета при выборе ответа, так как это не покажет Ваш реальный уровень знаний о жизни с ВИЧ-инфекцией. После каждого вопроса Вам будет предоставлен правильный ответ на заданный вопрос. Спасибо.

1. Можно прожить долго будучи ВИЧ-положительным.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

2. Есть носители ВИЧ-инфекции, которые не могут заразить других.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

3. При хорошем самочувствии посещать Центр СПИД необязательно.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

4. ВИЧ-инфекция может передаваться половому партнёру даже при использовании презерватива, так как в презервативах есть микроскопические отверстия, через которые проникает вирус.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

5. Если человек инфицирован ВИЧ, то обязательно заражён и его половой партнёр.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

6. Если у Вас с партнёром уже был незащищённый секс и партнёр не заразился ВИЧ, то вы и дальше можете не пользоваться презервативами.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

7. Если Ваш партнёр тоже ВИЧ-положительный, пользоваться презервативами необязательно.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

8. ВИЧ-положительная женщина может родить здорового ребёнка.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

9. Здоровая женщина может родить ВИЧ-положительного ребёнка от ВИЧ-инфицированного мужчины.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

10. Чтобы не заразить ребёнка, ВИЧ-положительной женщине нельзя кормить его грудью, но при этом можно использовать своё сцеженное молоко.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

11. Регулярный приём высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) снижает риск передачи ВИЧ половому партнёру.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

12. Сотрудники Центра СПИД имеют право сообщить о том, что у Вас ВИЧ-инфекция:(отметьте ВСЕ подходящие варианты)

Вашему половому партнёру

Членам Вашей семьи

По месту Вашей работы

В Вашу районную поликлинику

По месту Вашего жительства

Никому

13. Сильные побочные эффекты высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) нужно терпеть, так как нельзя менять схему лечения.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

14. Употребление наркотиков и приём высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) несовместимы.

Нет (0)

Да (1)

Не знаю (998)

15. Какой должна быть приверженность к приёму АРВ-препаратов чтобы достичь оптимальных результатов лечения?

> 95% (1)

90 - 95% (2)

80 - 90% (3)

70 - 80% (4)

60 - 70% (5)

< 60% (6)

16. Кто такие СПИД-диссиденты (отметьте ВСЕ подходящие варианты)?

Люди, которые борются за права ВИЧ-инфицированных

Люди, которые подвергаются дискриминации в связи со своим ВИЧ-положительным статусом

Люди, которые не верят в существование ВИЧ-инфекции

Люди, которым запрещён въезд в страну из-за их ВИЧ-положительного статуса

Люди, которые отрицают необходимость лечения ВИЧ-инфекции

17. Отметьте все возможные причины, почему презерватив может порваться во время секса (отметьте ВСЕ подходящие варианты)?

Несоответствующий размер презерватива (слишком мал или велик)

Презерватив был неправильно надет

Низкое качество презерватива

Срок годности презерватива истёк

Были нарушены правила хранения презерватива

Была нарушена целостность упаковки презерватива при хранении

Презерватив был повреждён при открытии упаковки

Была использована смазка на водной основе (лубрикант) одновременно с презервативом

Была использована смазка на жировой основе (вазелин, масла или жирные крема) одновременно с презервативом

Приложение 2

Санкт-Петербургский государственный университет

Факультет психологии

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на участие в исследовании:

Комплексная дистантная программа профилактики социально значимых заболеваний: психологические и медицинские основы разработки и оценка эффективности

Исследование проводится при поддержке Российского гуманитарного научного фонда

Научный руководитель: Шаболтас А.В., к.психол.н.

Исследовательская группа факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета приглашает Вас принять участие в исследовании, целью которого является оценка эффективности профилактической онлайн-программы для людей, живущих с ВИЧ-инфекцией.

Прежде чем Вы примете решение об участии, мы бы хотели, чтобы Вы ознакомились с данным документом, в котором представлена полная информация о предлагаемом исследовании. Когда Вы прочтёте это информированное согласие, Вас спросят, согласны ли Вы принять участие в исследовании. В случае Вашего согласия Вас попросят нажать кнопку «Да, я даю свое согласие» внизу этой формы.

Добровольность участия

Ваше участие в исследовании является исключительно **добровольным**. Вы можете принять решение не участвовать в исследовании или отказаться от участия на любом этапе.

Порядок проведения исследования

Мы предлагаем Вам принять участие в интерактивной программе, размещенной в сети интернет и затрагивающей различные аспекты жизни с ВИЧ-инфекцией. Программа состоит из информационных блоков, видеоматериалов и интерактивных заданий. Во время Вашего первого визита на интернет-страницу с программой Вам будет предложено

зарегистрироваться и ответить на вопросы онлайн-анкеты, касающиеся Вашего опыта жизни с ВИЧ-инфекцией, психологического состояния, отношения к своему здоровью и поведения. С учетом Ваших ответов на вопросы анкеты Вам будет предложено принять участие в индивидуальной профилактической программе, состоящей из нескольких частей. Прохождение каждой части займет примерно 20-30 минут. Для того чтобы напомнить Вам о необходимости пройти очередную часть программы, на адрес электронной почты, который Вы укажете при регистрации, будут высылаться напоминания. Также Вам будет предложено еще два раза заполнить онлайн-анкету – через месяц после прохождения программы и в третий раз – через два месяца. После заполнения анкеты во второй и в третий раз Вам будут показаны результаты Ваших предыдущих тестирований для того, чтобы Вы могли их сравнить с результатами Вашего последнего тестирования.

Ваше участие в программе, включая заполнение анкет, займет примерно три месяца. Ваше мнение и ответы на вопросы очень важны для нас.

Риск, связанный с участием в исследовании

Мы не предполагаем возникновения каких-либо серьезных рисков, связанных с Вашим участием в исследовании. Но, возможно, при прохождении программы и при ответах на личные и эмоционально значимые вопросы у Вас может возникнуть чувство дискомфорта.

Выгоды, связанные с участием в исследовании

Ваше участие в исследовании поможет в разработке эффективной профилактической онлайн-программы для людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Кроме того, участие в программе может оказаться полезным лично для Вас – Вы можете узнать новую информацию о различных аспектах жизни с ВИЧ-инфекцией.

Компенсация за участие в исследовании

После каждого заполнения анкеты на Ваш электронный адрес будет высылаться номер карты Webmoney на сумму 500 рублей, которую Вы сможете использовать для покупок в интернете или для оплаты своего мобильного телефона. Общая сумма компенсации за время, потраченное на участие в исследовании, составит 1500 рублей.

Сохранение конфиденциальности

Ваше участие в исследовании полностью анонимно. При регистрации на интернет-сайте с программой Вам будет необходимо указать только адрес

электронной почты, который в дальнейшем будет использоваться Вами для входа в программу. На указанный электронный адрес будет выслано письмо с паролем, который Вы сможете по своему желанию изменить и использовать для входа. Если по каким-то причинам Вы не сможете завершить прохождение той или иной части программы, то при следующем входе в нее Вы сможете начать с того места, где остановились в прошлый раз.

Ваше согласие на участие в данном исследовании будет также означать, что Вы не возражаете против представления результатов исследования, не содержащих личной информации, в научных публикациях и на конференциях.

Если у Вас есть вопросы, касающиеся исследования, Вы можете обратиться к координатору проекта Ураевой Галине Евгеньевне по телефону +7 (981) 882-22-88. По вопросам, касающимся Ваших прав как участника исследования, Вы можете обратиться в Этический комитет СПбГУ по телефону +7 (812) 327-79-69.

Согласие на участие:

Я прочитал(а) эту форму и решил(а) принять участие в исследовании, описанном выше. Общие цели исследования, особенности участия и возможные риски были мне разъяснены. Отметка в графе «Да, я даю свое согласие» значит, что я прочитал(а) и понял(а) эту форму.

Да, я даю свое согласие

Нет, я не даю своего согласия (выход из исследования)